Comisión Especial de drogas y adicciones,
con fines legislativos
Carpeta Nº 1785 de 2012

Versión Taquigráfica N° 1567 de 2013

MARIHUANA Y SUS DERIVADOS

Control y regulación del Estado de la importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 11 de abril de 2013

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Sebastián Sabini.

MIEMBROS: Señores Representantes Gerardo Amarilla, Julio Bango, Jorge A. Caffera Juri, Carlos Coitiño, Belmonte de Souza, Jorge Orrico, Nicolás Pereira, Daniel Radío, Richard Sander y señora Representante Daisy Tourné.

INVITADOS: Por la Cátedra de Oncología de la UdelaR, doctora Lucía Delgado.

Por la Cátedra de Toxicología de la UdelaR, doctora profesora Amalia Laborde y profesora agregada, doctora Alba Negrin.

Por las Cátedras de Derecho Administrativo y Derecho Constitucional, doctora Silvana Nessar de Lenoble y doctor Eduardo Esteva.

Por el SMU, doctores integrantes del Comité Ejecutivo, Julia Galzerano; Eduardo Bianco; Luis Bibbó y Rosario Sica.

Por la Cátedra de Farmacología, doctor Gustavo Tamosiunas.

SEÑORA SECRETARIA.- Habiendo número, está abierta la reunión.

De acuerdo al artículo 123 del Reglamento de la Cámara de Representantes se procede a la elección de Presidente.

SEÑOR PEREIRA (don Nicolás).- En función de los acuerdos interpartidarios, mociono por el señor Diputado Sabini. El acuerdo que tenemos es que hasta agosto continúe quien se designe hoy como Presidente y, como no estamos en condiciones, quedaría por definir la Vicepresidencia.

SEÑORA SECRETARIA.- Se va a votar.

(Se vota)

——Seis en siete: AFIRMATIVA.

SEÑORA SECRETARIA.- Se invita al señor Diputado Sabini a ocupar la Presidencia.

(Ocupa la Presidencia el señor Diputado Sabini)

SEÑOR SABINI.- Mi voto es por el señor Diputado Orrico.

SEÑOR RADÍO.- No sabía que se había realizado un acuerdo interpartidario pero, de todos modos, voto con mucho gusto por el señor Diputado Sabini para que ocupe la Presidencia.

(Ingresan a Sala la señora Representante Tourné y el señor Representante De Souza)

SEÑOR BANGO.- Quisiera hacer una aclaración. El acuerdo interpartidario que hicimos era que la Presidencia le correspondía al Frente Amplio, pero como el señor Diputado Sabini había ingresado de hecho en el mes de agosto, la Presidencia la seguiría ejerciendo hasta el mes de agosto de este año, más allá de que desde el punto de vista del cumplimiento del Reglamento de la Cámara de Representantes, las Presidencias se votan a partir del inicio del período. Con esto estamos salvando la situación y en agosto, seguramente cuando cambiemos la Presidencia, vamos a tener que hacer la votación correspondiente.

SEÑORA TOURNÉ.- ¡Que se reconsidere la votación!

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar.

(Se vota)

——Ocho en nueve: AFIRMATIVA.

SEÑOR PRESIDENTE.- Reitero que mi voto es por el señor Diputado Orrico.

(Ingresa a Sala la doctora Lucía Delgado)

——Damos la bienvenida a la doctora Lucía Delgado, integrante de la Cátedra de Oncología de la Universidad de la República.

La Comisión está analizando el proyecto de ley que regula el mercado de cannabis -que le fue enviado previamente-, que hoy está en manos del narcotráfico. Nos gustaría escuchar sus comentarios al respecto.

SEÑORA DELGADO.- La Cátedra de Oncología les agradece la oportunidad que le brindan de aportar la información que ha podido identificar y analizar con relación al cannabis o marihuana y cáncer.

El año pasado, apenas surgió este tema como importante -por todos los motivos muy bien expuestos en el proyecto de ley-, lo primero que hicimos fue convocar a las distintas Cátedras de la Facultad de Medicina, en particular a las de Toxicología, Farmacología y Oncología. Es más: propusimos que el Consejo de la Facultad las convocara para revisar la información y aportar los datos obtenidos a los legisladores, si era posible. Por lo tanto, les agradecemos la oportunidad.

De manera que ya el año pasado cada Servicio investigó la información disponible en relación al área de competencia. Luego la analizamos todos en conjunto, en un ateneo clínico que se realizó en el Hospital de Clínicas.

En esta oportunidad volví a revisar lo que tenía que ver con cáncer para saber si había surgido algo nuevo. Desde ya les aclaro que hay poca información, en particular, sobre los riesgos del consumo de cannabis.

En forma muy sintética intentaré mostrarles qué fue lo que encontramos, en particular sobre los riesgos, que es de lo que se sabe menos.

La pregunta que nos hacemos como médicos es si el cannabis, vulgarmente llamado marihuana, o los cannabinoides -es decir algunos de sus componentes-, implica algún beneficio y, sobre todo, algún riesgo para la población que lo consume.

Existen estudios clínicos con relación a los beneficios. En medicina hay estudios preclínicos, que se hacen en los laboratorios, en animales, como, por ejemplo, los cultivos celulares. Luego se realizan los estudios clínicos en los humanos, que demuestran o no si hay beneficios y riesgos. A partir de los estudios preclínicos pueden surgir datos que hagan pensar que puede haber un beneficio o un riesgo para los humanos, pero de ninguna manera demuestran que ello sea así. Para comprobar esto es necesario realizar estudios clínicos, que investigan en seres humanos a través de distintas metodologías. En función de la metodología que se usa, el nivel de evidencia es diferente. El resultado puede o no ser concluyente en función de esa metodología.

Con relación a los beneficios debemos decir que existen estudios clínicos en humanos que demuestran que en los pacientes con cáncer y otras patologías el cannabis puede tener beneficios, sobre todo -son bien conocidos-, en lo que tiene que ver con el control del dolor. Yo me voy a referir específicamente al cáncer.

Tanto en los cannabinoides por vía oral como en el inhalado, por ejemplo, fumar cigarrillos de marihuana, hay poca información y la mayor parte de ella se refiere a los pacientes con dolores neuropáticos en relación con la infección por HIV. Quiere decir que en realidad no hay estudios de cannabis inhalado -fumar marihuana- y de cómo eso puede controlar el dolor en los pacientes con cáncer. Pero bueno, podría ser así; de hecho, en ese contexto del dolor neuropático, hay beneficio.

En relación a las náuseas y vómitos -que son una complicación muy frecuente de los tratamientos oncológicos, además de los que pueden estar asociados a la propia enfermedad- los cannabinoides por vía oral, fundamentalmente el dronabinol y la nabilona, han demostrado ser útiles en reducir estos síntomas, si bien no existen estudios comparativos que nos permitan afirmar que son beneficios iguales o superiores a los tratamientos estándar, por los cuales no los han sustituido. Sabemos que pueden ayudar a mejorar, pero no si la mejora es igual o mayor que con los tratamientos estándar disponibles.

Con respecto a fumar cigarrillos de marihuana -al cannabis inhalado- los resultados son controvertidos. Hay estudios positivos y otros negativos por lo cual, de ninguna manera podríamos indicar a un paciente que sustituya el tratamiento estándar con antieméticos con la inhalación de cannabis.

En lo que tiene que ver con la pérdida de apetito, se sabe que algunos cannabinoides, como el dronabinol -con el que en realidad esto se demostró-, pueden mejorar el apetito -y esto es importante- por cualquiera de las vías, pero fundamentalmente por vía oral; con la inhalación no hay estudios. Y en relación a la ansiedad y la capacidad de conciliar y mantener el sueño, los resultados son controvertidos: los estudios se han hecho con un número muy pequeño de pacientes.

Con respecto al cáncer, entre los beneficios nos podemos preguntar no solo en lo que tiene que ver con paliar los síntomas o con los efectos adversos de los tratamientos, sino también con el propio cáncer: ¿la marihuana, el cannabis, podría ser útil en el tratamiento del cáncer? Bueno, todos escuchamos, aparece en internet y en los diarios y los pacientes nos cuentan, que algunos científicos han encontrado que algunos componentes de la marihuana, es decir algunos cannabinoides, tienen propiedades antitumorales, antiproliferativas, antiangiogénicas, proapoptóticas en lo que tiene que ver con el control de todos esos procesos que están desregulados en la célula tumoral. En consecuencia, están en la base de la transformación y progresión tumoral. Esto se ha demostrado en estudios preclínicos in vitro y en estudios con animales. Estos resultados son promisorios: algunos compuestos o componentes del cannabis podrían tener propiedades antitumorales pero, al día de hoy, no existen estudios clínicos en humanos que demuestren el valor de algunos cannabinoides en el tratamiento del cáncer. Por lo tanto, por el momento, no tienen ningún papel, si bien estos estudios preclínicos justifican que se diseñen y pongan en marcha estudios clínicos.

Con respecto al riesgo de cáncer, que es lo que más preocupa, en general en la comunidad médica, sobre todo en la oncológica, lo que más inquieta cuando consideramos la posibilidad de utilizar el cannabis con una finalidad médico- terapéutica es qué riesgos asociados tiene. Ustedes ya conocen los que están asociados a la depresión, etcétera, como puede tener el alcohol; seguramente eso ya lo habrán conversado con los invitados de toxicología y de farmacología. Pero en relación al cáncer: ¿el fumar cigarrillos de marihuana, aumenta el riesgo de cáncer?

No se ha demostrado que el tetrahidrocannabinol, que es el principal responsable de los efectos psico- activos y fisiológicos, sea carcinogénico. Pero el problema no se centra en el cannabis y, en particular en el THC, el tetrahidrocannabinol: cuando hablamos de riesgo de cáncer hay que diferenciar entre el cannabis, sus componentes con uso médico y el fumar cigarrillos de marihuana. ¿Por qué? Porque la combustión del cigarrillo de marihuana produce carcinógenos, algunos de ellos, a veces en niveles superiores a los de la combustión del tabaco. Entonces, fumar cigarrillos de marihuana podría tener un riesgo. Parece una paradoja: los cannabinoides pueden tener efectos antitumorales, pero está demostrado en estudios preclínicos in vitro, y en animales, que la combustión de un cigarrillo de marihuana produce sustancias carcinogénicas. En consecuencia, podría aumentar el riesgo de ciertos cánceres.

Si decimos que produce sustancias carcinogénicas -y en algunos casos en mayor cantidad que la combustión del tabaco- lo primero que se piensa es que puede aumentar el riesgo de cáncer de pulmón y de otros cánceres tabaco- dependientes como, por ejemplo, los tumores de cabeza y cuello, lengua, garganta, etcétera. Los estudios epidemiológicos realizados de casos y controles muestran resultados controvertidos; por ejemplo, en cáncer de pulmón hay tres estudios positivos y tres negativos; en cáncer de cabeza y cuello hay siete negativos y tres positivos. Son estudios complejos porque además se mezclan otras muchas variables que son difíciles de controlar, pero los resultados son controvertidos y no hay demostración que fumar cigarrillos de marihuana aumente el riesgo -por más que algunos estudios sí lo indican y otros no, de cáncer de pulmón o de otros tumores tabaco dependientes.

En las citas que estamos viendo están los principales trabajos y revisiones sistemáticas en relación al riesgo de los tumores tabaco dependientes.

¿Qué pasa con otros cánceres? A través de mecanismos que no se conocen todavía, es muy probable que el cannabis aumente el riesgo, en particular, de cáncer de testículo, que es para el que hay más trabajos; se han realizado tres estudios y todos son positivos. Decimos que es posible porque no son estudios con veinte pacientes, sino con cientos de ellos. Son estudios de casos y controles, y cuando uno va a plantear una alerta, se requiere, como siempre, estar realmente seguro y haber demostrado los mecanismos de que esa asociación es una relación de causa- efecto y no una simple asociación en la que hay otras variables que están confundiendo el resultado. Como decíamos, en relación con el cáncer de testículo hay tres estudios y el riesgo relativo varía entre 2 y 3. Quiere decir que duplica o triplica el riesgo de cáncer de testículo. Y cuando nos referimos a cáncer de testículo, hablamos de gente joven, y el pico de incidencia de este cáncer se da en la tercera década, o sea, entre los veinte y los treinta años. El otro aspecto a tener en cuenta es que la incidencia de cáncer de testículo en el mundo está aumentando. Cuando hicimos esta revisión buscamos primero constatar su incidencia en el testículo porque ya habíamos notado algo. A esto no le den ningún valor, porque el único valor que tiene la impresión clínica es disparar el interés en investigar algo, porque puede ser que no tenga nada que ver. En el Hospital de Clínicas hace dos años que comentábamos que teníamos muchos más pacientes con cáncer de testículo que antes y que eran todos consumidores de drogas, en general, no solamente de marihuana, sino también de pasta base. O sea que por esa simple observación no podíamos saber si esto era así. Pero era algo que nos llamaba la atención; en consecuencia, cuando encontramos estos estudios, no nos sorprendieron.

SEÑOR AMARILLA.- A los efectos de poder comprender mejor, quisiera saber qué significa RR: 2-3.1.

SEÑORA DELGADO.- Quiere decir riesgo relativo, y voy a explicar qué es.

En realidad, está mal puesto "riesgo relativo" en los estudios; debería decir "odds ratio" porque son estudios de casos y controles, pero no importa. Lo que se mide es el número de casos que ocurre en la población expuesta al factor de riesgo y el número de casos que ocurre en la población no expuesta en los controles. Entonces, si el número de casos proporcional al número de individuos expuestos y no expuestos es el mismo,

el riesgo relativo es 1. O sea que si da 1, quiere decir que el supuesto factor de riesgo no lo es. Si da menos que 1, es un factor protector; y si da más que 1, es un factor de riesgo. Como lo que toman las investigaciones son muestras puede ser que por azar justo en la muestra de los casos hayan tocado más pacientes con cáncer de testículo que en la muestra de los controles. Por eso no alcanza con calcular esa estimación puntual, que es el riesgo relativo o el "odds ratio" -como se llama cuando es un estudio de casos y controles-, sino que hay que calcular cuál sería el verdadero incremento del riesgo o el verdadero riesgo relativo si estudiáramos a todos como, por ejemplo, todos los fumadores y todos los no fumadores en Uruguay. Si los estudiamos a todos y el riesgo relativo da 3, eso es verdadero. Pero como no estudiamos a todos, estudiamos una muestra, podría ser que por azar justo en el grupo que fuma hubiera más cáncer de testículo. Entonces, hay que calcular lo que se llama el intervalo de confianza. O sea: en general se calcula con una confianza del 95%, asumiéndose un error del 5%. Con 5% de probabilidad de equivocarme, el verdadero riesgo relativo va a estar entre estos valores.

Los tres tumores que destaco en amarillo en la transparencia, son aquellos en los cuales los estudios mostraron que el verdadero riesgo relativo, con 5% de probabilidad de equivocarme, es mayor que 1. En los dos últimos, que puse "tendencia", es porque el verdadero riesgo relativo toca el 1; el intervalo de confianza va de 1 a 5, por ejemplo. A veces, eso sucede porque el número de individuos es pequeño y si se aumenta el "ene", se logra obtener un intervalo de confianza más estrecho, que demuestra que con una probabilidad de equivocarme de 5%, el verdadero riesgo relativo es mayor que 1; es decir que fumar cigarrillos de marihuana es un factor de riesgo.

Como decía, "RR" quiere decir "riesgo relativo", que dependiendo de la metodología del estudio, en realidad, debería decir "odds ratio". Entonces, 2 a 3,1 quiere decir que en esos tres estudios en uno aumentó al doble y en el que aumentó más aumentó algo más del triple, 3,1.

En cuanto al cáncer de vejiga, hay un solo estudio, o sea que tampoco se puede decir que esto sea concluyente. Pero en ese solo estudio fue significativo: el riesgo aumentó algo más del triple. Hay solo un estudio en pacientes con gliomas. Los gliomas también han aumentado su incidencia y afectan gente joven, y no respetan ninguna clase social o nivel cultural.

SEÑOR ORRICO.- Cuando hablamos de gente joven, ¿a qué edad nos referimos?

SEÑORA DELGADO.- Cuando hablamos de cáncer de testículo, decimos que el pico de incidencia está entre los veinte y treinta años, aunque puede afectar a cualquier edad.

Los gliomas afectan a cualquier edad. Hemos tenido pacientes de treinta, veinte, hasta doce años con gliomas malignos, cuya expectativa de vida es menor de un año. No voy a decir que la marihuana produzca gliomas por un estudio, pero es cierto que la incidencia de los gliomas está aumentando en todo el mundo. Como ustedes saben, esto se ha vinculado a distintas causas; se ha asociado con el uso del celular pues se han encontrado del lado por el que se habla. Si uno habla del lado izquierdo, es más probable que lo tenga del lado izquierdo. He visto algunas cosas que me llamaron la atención. Por ejemplo, en Estados Unidos, hace unos años, llegué cansada, prendí la televisión para ver el informativo y encontré una propaganda que decía que comprara tal marca de teléfono celular que se corría menos riesgo de cáncer. Entonces, me dije que algo debía haber. Busqué y había una cantidad de estudios, pero nada concluyente. Acá pasa lo mismo. No vamos a decir con respecto a ese aumento de los gliomas, que son tumores malignos, sobre todo el glioblastoma heteromorfo, que no se cura -si alguien tiene algún familiar sabe lo que es-, que no tenemos nada que hacer. Hay un estudio que muestra que quizás fumar cigarrillos de marihuana podría ser al menos una de las causas que está en la base de ese aumento, pero no lo podemos afirmar por un estudio.

Hay estudios con pequeños números de pacientes que muestran que aumentaría el riesgo de cáncer de próstata, lo triplicaría -figura "tendencia" porque toca el 1, el intervalo de confianza-, y de cáncer de cuello uterino.

Simplemente, para mostrar algo más del riesgo de cáncer de testículo, que es donde hay más información y más estudios, voy a mostrar brevemente tres de ellos, que revisamos en el ateneo clínico.

Son estudios publicados en 2009 y todos americanos, de la población de Washington. Trescientos sesenta y nueve hombres eran los casos; novecientos setenta y nueve, los controles, variados por edad, raza, de manera

que los controles se parecieran a los casos. Eso es importante. Aquí se dice "odss ratio" en lugar de riesgo relativo, porque es un estudio de casos y controles, pero mide lo mismo. El riesgo relativo sirve cuando se parte de personas sanas, unas expuestas al factor de riesgo y otras no; se siguen en el tiempo y se ve cuántas desarrollan cáncer de testículo entre los fumadores y cuántas entre los no fumadores. Estos tipos de estudios son los que dan mayor nivel de evidencia, pero son difíciles de llevar a cabo, muchas veces hasta por problemas éticos. Son estudios que llevan muchos años. Entonces, cuando se busca evidencia rápida, se utilizan estos estudios, de casos y controles. Se estudian tantos fumadores, tantos no fumadores o que nunca fumaron, pareados por todas las características, ya sea edad, raza, nivel cultural, etcétera. Debemos tener en cuenta que existe una cantidad de cosas que pueden afectar el resultado; inclusive, la respuesta, porque no sabemos si lo que nos dicen es verdad. Tal vez muchos controles fumen, pero como fuman poco, lo niegan, y aparecen como controles. Por lo tanto, hay una cantidad de aspectos que hacen que en algunos casos se subestime el riesgo y, en otros, se sobrestime. Debemos ser cuidadosos, ver que existan varios estudios, y que todos muestren lo mismo.

En el caso del testículo parecería que sí se da. En este estudio el "odds ratio" fue de 1,7 para los fumadores actuales. El intervalo de confianza es 1,1 a 2, 5, es decir, mayor de 1. Este estudio fue realizado en 2009.

En 2011 se publicó otro estudio que fue realizado en una población de pacientes del MD Anderson Cancer Center de la Universidad de Texas -con un número algo menor de pacientes-; se trató de 187 hombres de 18 a 50 años diagnosticados entre 1990 y 1996, y los controles, 148 amigos del mismo grupo etario que juraron no haber fumado nunca marihuana, residentes en los mismos Estados. Se pudo observar que en los que fumaban diariamente, o más de una vez al día, el "odds ratio" -también era de casos y controles- fue de 3,1, con un intervalo de confianza que no es 1 ni menor. Si es menor de uno podría ser protector o aumentar el riesgo.

En el último estudio, publicado en 2012, de la Universidad del sur de California, se ve que en los que alguna vez fumaron -solo se les exigía haber fumando alguna vez-, comparados con los que nunca fumaron marihuana, el "odds ratio" es de casi 2 y el intervalo de confianza algo mayor a 1. Este estudio, al igual que los anteriores, se considera estadísticamente significativo.

Los cánceres de testículo pueden ser seminomatosos o no seminomatosos. Esto no es importante para ustedes, pero sí para nosotros, porque todos los estudios han mostrado el riesgo de los no seminomatosos. Nadie sabe por qué. Son variedades histológicas. También hay muchos casos en que son mixtos, y para estos también aumenta el riesgo.

Existe un estudio norteamericano respecto al carcinoma transicional de vejiga. Se tomaron en cuenta nada más que 52 casos -es el único estudio- y 140 controles. El "odds ratio" para los que alguna vez fumaron es de 3,4. Fue estadísticamente significativo.

El uso médico del cannabis sigue siendo una paradoja. Sabemos que puede controlar algunos síntomas de la enfermedad o los efectos adversos del tratamiento, pero no en todos los casos se ha demostrado eso cuando se fuman cigarrillos de marihuana, sino con la administración de algunos compuestos de cannabis. Como he mostrado, no cualquiera, dos de ellos son los más útiles, ya sea en gotas o a través de distintas formas de administración. No sucede lo mismo con en el cigarrillo de marihuana, salvo en el caso del dolor y del sueño, para lo que algún estudio ha demostrado que podría ser factible.

Por otro lado, los cannabinoides son promisorios como terapias anticancerosas, pero lo paradójico es que el humo del cannabis puede ser carcinogénico -como les mostraba-, sobre todo, en los casos de cáncer de testículo.

SEÑOR ORRICO.- Quiero manifestar mi satisfacción por la presencia de la doctora. Además, se ve que tiene una altísima capacidad didáctica, porque yo creo haber entendido todo.

Cuando yo era estudiante -hace muchos más años de los que quisiera-, era visitador médico y trabajaba en una empresa que tenía productos para las vías respiratorias, y su producto estrella era el Bisolvon. Allí teníamos un asesor médico, el doctor Álvarez Martínez, grado 5, y nos enseñaba -hace cuarenta años- que uno de los problemas del cigarrillo era que el humo era algo muy caliente, que afectaba todo el sistema respiratorio que era húmedo. Tengo entendido que la marihuana se fuma muy caliente y se pasa de uno a otro.

Quisiera saber si el hecho de que se consuma a altas temperaturas implica un mayor riesgo, por lo menos pitada a pitada. Sé que también se fuma menos cantidad, pero eso es otro tema.

Cuando hablamos de marihuana no nos referimos a un señor que va a un bar y pide un vaso de agua para tomar unas gotas de marihuana. Me da la impresión de que, más allá de la parte terapéutica, si bien no hay conclusiones absolutas, ya que estamos en pleno campo de investigación, existe cierta tendencia a decir que sus efectos son importantes en cuanto a la capacidad potencialmente cancerígena de algunos de sus elementos. Esta es mi síntesis, y quisiera saber si es correcta.

SEÑOR SANDER.- Agradecemos a la doctora la claridad de su exposición.

Durante estos dos años y pico en que hemos integrado esta Comisión hemos leído mucha información, sobre todo, de marihuana. Tenemos algunos estudios que todavía no pudimos traducir.

Compartimos algunas de las expresiones de la doctora. Creemos que la ley trata dos cosas diferentes, una de ellas es el cannabis como medicación. La Cátedra de Psiquiatría manifestó que si bien produce los efectos que la doctora mencionó, y algunos más, no está comprobado que sea mejor que algunos medicamentos que hoy utiliza la medicina. Ahora estamos considerando la posibilidad de que el gobierno pueda vender o distribuir la droga para sea consumida a través de cigarros. Nos parece importante lo que expresó el Diputado Orrico, sobre lo que ya habíamos leído algo. Además, el doctor Guido Berro advirtió acerca de las posibilidades de contraer cáncer de pulmón por fumar un humo más caliente, que la pitada sea más profunda y retener más tiempo en el pulmón esas partículas o residuos, y que sobre eso no se hablaba. Acá quedó comprobado que no existe un estudio certero al respecto.

Me queda clarísima la incidencia que puede tener en los casos de cáncer, sobre todo en los gliomas. Esto nos deja muy preocupados, a todos los integrantes de la Comisión.

Entonces, una cosa es la parte medicinal, el cannabis utilizado a modo de medicamento, con nombre específico -la doctora lo mostraba-, y otra -si entendí bien-, los estudios hechos en fumadores de cigarrillos de marihuana.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero informar que la próxima delegación que vamos a recibir ya ha llegado.

SEÑORA TOURNÉ.- Adhiero a los agradecimientos a la doctora Delgado por su exposición sobre los temas científicos que necesitamos aprender.

Mi preocupación es que hay poca investigación desarrollada, como dijo la doctora Delgado y como ya habíamos constatado. En ese sentido, mi pregunta es cuál es el impedimento para la investigación científica y si la ilicitud de la droga tiene algún vínculo con la capacidad de investigar, que para mí es absolutamente importante para poder tomar decisiones.

SEÑORA DELGADO.- Son preguntas difíciles. Hay que separar bien los temas. No lo quise decir al inicio de mi exposición porque me pareció que se podía interpretar que hago un juicio de valor sobre el proyecto de ley. No lo hago; nosotros no estamos para eso ni para analizar la ley, ya que los aspectos que hay que considerar son mucho más complejos.

Desde el punto de vista médico, puedo decir que está demostrado que el uso medicinal del cannabis por vía oral, fundamentalmente, es útil para paliar algunos síntomas, pero no está demostrado que su efectividad sea igual o superior a la medicación que usamos habitualmente. No obstante, considerar eso parece razonable.

Por otra parte, si estuvieran aquí las cátedras de Toxicología y Farmacología, indicarían todos los riesgos que implica fumar cigarrillos de marihuana para quien conduce. Imagínense los accidentes de tránsito que se provocarían. No vine a hablar de esto, pero me preocupa como ciudadana. No podemos consumir alcohol, pero sí fumar cigarrillos de marihuana y conducir por la rambla a toda velocidad.

(Interrupciones de la señora Representante Tourné)

——Entonces, habría que ver cómo se va a controlar eso. Nosotros creemos que es un riesgo.

Es decir que, además de los probables riesgos de cáncer, yo pienso como Lucía Delgado, no como Cátedra de Oncología ni mucho menos como Facultad de Medicina, que fumar cigarrillos de marihuana puede ser muy agradable para quien lo hace, pero tiene más riesgos que beneficios para los no fumadores y, obviamente, también para el consumidor, que puede sufrir accidentes o desarrollar una enfermedad, como por ejemplo, cáncer de testículo en el caso de los jóvenes. De manera que puedo decir que no se han demostrado claramente los beneficios de fumar cigarrillos de marihuana, ni siquiera para paliar los síntomas que mencionamos se puede lograr por vía oral. Además, los riesgos son bien conocidos. Me refiero a los riesgos toxicológicos, a los accidentes que puede provocar su consumo y a los riesgos médicos que es probable que existan, sin perjuicio de que alguno de los cannabinoides pueda ser usado -esta es la paradoja- para el tratamiento de cáncer, si algún día se hacen los estudios.

Con respecto a la temperatura, puedo decir que es más que interesante, pero por ahora no hay estudios que demuestren que eso es así.

En cuanto a por qué no se hacen los estudios -sé que hay otra delegación esperando, por eso no me quiero extender-, se imaginarán que no conozco todas las respuestas. La mayoría de los estudios, cuando no tienen una trascendencia desde el punto de vista económico para alguna empresa, es muy difícil que se realicen, y los señores legisladores lo saben. No es que en Uruguay no hagamos estudios porque somos tontos o porque no tenemos el coeficiente intelectual necesario, sino porque el estudio clínico más pequeño, con ochenta pacientes que no da nivel de evidencia 1 porque no es comparativo, no cuesta menos de US$ 1:000.000. Esto es así porque, por ejemplo, de acuerdo con las recomendaciones éticas, se debe pagar un seguro de vida a los pacientes, además de toda la medicación. No me puedo extender, aunque es un tema que nos apasiona y en el que hemos trabajado mucho. En este aspecto, aun los países ricos tienen dificultades. Incluso, actualmente en las universidades de Estados Unidos muchas de las investigaciones que supuestamente son independientes están subvencionadas por la industria farmacéutica que elige los temas a investigar. De manera que puede ser que este tema todavía no sea interesante para muchos.

Seguramente, este no es el único motivo, sino que debe haber muchos más. Además, en América Latina no se destinan los recursos suficientes -excepto en Brasil- como para estudiar estos temas. O sea que por ahora no vamos a tener una respuesta.

Se trata de un tema importante que hemos trabajado mucho en la Universidad y sobre el cual hemos hechos varias presentaciones. Incluso, en Estados Unidos nos han invitado a hacer publicaciones y presentaciones en el Congreso. Sin embargo, parece que en la región o en nuestro país, este asunto interesa menos. De todas formas, seguimos trabajando porque tiene que ver con la independencia.

SEÑOR AMARILLA.- Agradezco a la doctora Delgado por la exposición que ha realizado. Asimismo, me gustaría pedirle si puede dejar la información que nos trasmitió.

Además, quisiera saber si podemos tener acceso al estudio que se hizo en Uruguay sobre cáncer de vejiga.

SEÑORA DELGADO.- Los estudios se realizaron en Estados Unidos.

Lamentablemente, nosotros no hemos hecho ningún estudio. Lo que hicimos fue buscar la información disponible, analizarla, discutirla en Oncología y compartirla con el resto de los docentes del Hospital de Clínicas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos a la doctora Lucía Delgado por su excelente exposición y por los insumos que brindó a esta Comisión.

SEÑORA DELGADO.- Gracias a ustedes en nombre de la Cátedra de Oncología y de la Facultad de Medicina, cuyo Consejo integro. Voy a informar sobre esta comparecencia.

(Se retira de Sala la delegación de la Cátedra de Oncología de la Universidad de la República)

(Ingresa a Sala la delegación de la Cátedra de Toxicología de la Universidad de la República)

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión da la bienvenida a la delegación de la Cátedra de Toxicología de la Universidad de la República, integrada por la profesora doctora Amalia Laborde y la profesora doctora Alba Negrin.

Tenemos definida una metodología de trabajo que consta de veinte minutos para exposiciones y diez minutos para preguntas. Estamos un poco apretados en cuanto al tiempo porque hoy vamos a recibir muchas delegaciones.

Agradecemos que se hayan hecho tiempo para concurrir a la Comisión a conversar sobre el proyecto que refiere a la regulación del mercado de cannabis.

SEÑORA LABORDE.- Gracias por darnos este espacio de participación para el tratamiento de un tema que en este momento está en debate en nuestro país. Esta temática integra el ámbito de trabajo habitual de la Cátedra de Toxicología desde sus inicios, pero en la actualidad hemos tenido que volver a mirarla en el contexto de este momento en el que hay una iniciativa que como sociedad estamos debatiendo.

Voy a hacer una pequeña introducción.

Hemos concurrido con la doctora Alba Negrín, porque ella es la responsable del programa relativo a sustancias que potencialmente pueden ser utilizadas con fines de abuso, el programa de consumo de drogas. Ella va a presentar algunos aspectos que tienen que ver con la experiencia concreta del Departamento de Toxicología, relativa al consumo de marihuana, quizá, introduciendo algunos aspectos que tienen que ver con el conocimiento científico actual, pero no profundizando porque estoy segura de que, tanto las sociedades científicas como otras Cátedras han profundizado mucho en el resultado de las investigaciones científicas y en el conocimiento que se tiene hasta la actualidad de los peligros de la marihuana.

Me interesa compartir en este ámbito algo que es el paradigma del trabajo de la toxicología. Cuando hablamos de los posibles efectos de una sustancia química es muy importante definir con claridad la diferencia entre peligro y riesgo, porque peligrosas son la gran mayoría de las sustancias químicas que nosotros utilizamos y de las cuales obtenemos beneficios muy importantes. Pero hay circunstancias, situaciones, momentos de la vida o estilos de vida que hacen que ese peligro pueda realmente convertirse en un daño. Esa es la situación de riesgo; el riesgo es la probabilidad de que el peligro efectivamente aparezca.

Decimos eso porque trabajar en toxicología significa trabajar en la identificación de los peligros de una sustancia química, conocer cuáles son aquellas circunstancias, momentos, escenarios o situaciones que implican un riesgo para que el daño aparezca, porque si está presente tenemos que identificarlo, prevenirlo, diagnosticarlo y tratarlo, si corresponde

Esto nos parece importante, porque cuando el centro del debate de cualquier sustancia química es si le damos un marco legal, uno u otro, sea un marco más prohibicionista o uno de regulación más abierta, cualquiera sea, desde el punto de vista toxicológico la legalidad o ilegalidad no es un factor clave en la definición del riesgo. Quisiera expresar eso porque, si así fuera parte de nuestro trabajo debería ser promover el prohibicionismo de muchísimas sustancias altamente peligrosas que hoy son parte de la vida de nuestra sociedad. Sin embargo, sí asumimos la responsabilidad de compartir nuestra visión del problema para que la sociedad pueda elegir de la mejor manera.

En ese sentido, en Toxicología, en su rutina, en su demanda diaria, en su problemática -tanto en la emergencia como en la atención de pacientes con tratamiento ambulatorio o internados- o en la demanda en acciones de prevención en la comunidad -que es parte de nuestro trabajo de extensión como servicio universitario-, la marihuana no es el protagonista principal. Nuestra problemática real está en otros ámbitos, en nuestra praxis, en nuestra demanda de todos los días. Eso hace que también tengamos que decir que mucho de lo que sabemos proviene de nuestra experiencia clínica, pero mucho más de evaluar evidencia científica que hay mucha, pero muy poca concluyente. Por lo tanto, es absolutamente vital para los toxicólogos manejar la información científica sobre los peligros de una sustancia y en qué circunstancias ese peligro se convierte en un daño.

Y con la marihuana muchas de las certezas que creemos tener en la ciencia no son tales; hay mucho por investigar, hay mucho que conocer todavía; hay muchas explicaciones acerca de por qué no tenemos tantos conocimientos, como sí los tenemos con otro tipo de drogas. No ha demandado a los sistemas de salud con la gravedad o fuerza con que han demandado otras drogas. Eso ha hecho que los sistemas de investigación y de salud no se hayan centrado en esa investigación. Quizá, entre otras variables, ello se deba a que el fumar marihuana se haga muchas veces en un contexto de consumo de otras drogas. Ese policonsumo hace muy difícil estudiar la evidencia científica del real peligro o riesgo de una sustancia en particular.

SEÑORA NEGRÍN.- En el Departamento de Toxicología funciona el Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico, que depende de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y tiene una cobertura nacional. Es decir que comprende, presta asesoramiento y asistencia al sector público y al privado, en lo vinculado con intoxicaciones con sustancias químicas. Dicho Centro funciona las veinticuatro horas.

Como decía la profesora Laborde, en este contexto la marihuana no ha sido la sustancia de los grandes problemas. Evidentemente, tenemos datos que ustedes ya conocen, pero vamos a reiterarlos para centrar un poco lo que nosotros queremos decirles.

La marihuana es la sustancia ilícita más utilizada en el mundo, y en el Uruguay un 20% de las personas entre 15 y 65 años de edad alguna vez en su vida han utilizado marihuana. Estos datos son nacionales y pertenecen a la quinta encuesta de hogares, que tiene su método estadístico validado por el Observatorio Uruguayo de Drogas, y es del año 2012. Dicha cifra está aumentando, tal como se nota en el comparativo con encuestas similares anteriores.

El otro dato importante es que el 16% de los consumidores, de quienes han consumido marihuana en el último año presentan algún signo de dependencia a esta sustancia. El escenario de consumo más común es el policonsumo, entendiendo por este la utilización de más de una sustancia de abuso. Las sustancias más frecuentemente asociadas al consumo de marihuana son: marihuana y alcohol, pasta base de cocaína y marihuana, clorhidrato de cocaína y marihuana, sedantes del tipo de las benzodiazepinas y marihuana, tabaco y marihuana, o más de dos sustancias. Eso es lo que entendemos como policonsumo.

Estos datos que nosotros traemos corresponden al año 2010. Voy a explicar un poquito esta gráfica. En realidad, señala que las consultas al Ciat exclusivamente motivadas por la marihuana, han sido 66, de un total de 394 sustancias de abuso. Como decíamos, 333 asocian un policonsumo dentro del cual estaría la marihuana pero no siendo el centro de la consulta; por eso lo destacamos gráficamente para que se vea cuáles son las consultas en agudo.

El Departamento de Toxicología tiene otras áreas de trabajo en distintos programas. Uno de ellos es la Policlínica de Drogas del Hospital de Clínicas que en el período 2008- 2010 atendió 296 pacientes, de los cuales un 47% son policonsumidores; la pasta base de cocaína motivó casi un 33% de las consultas, la cocaína casi un 13%, el alcohol un 5,6%. Lo señalado en rojo corresponde a aquellas personas que consultaron porque consideran ellos o alguien de su entorno que tienen un problema vinculado a la marihuana.

SEÑOR AMARILLA.- ¿El 47,2% está vinculado a la gráfica anterior del análisis general del policonsumo?

SEÑORA NEGRÍN.- No, son dos poblaciones diferentes. Estos son pacientes que consultan en la policlínica; las otras son consultas por eventos agudos vinculados a sustancias de abuso que recibe el centro de toxicología con el equipo de guardia de médicos toxicólogos, mientras que estas son consultas de policlínica. Estos pacientes son de consulta espontánea, piden una hora y se les asigna, muchos estuvieron internados en el Hospital de Clínicas y al ser dados de alta son controlados y seguidos en la policlínica. Es importante destacar que -a diferencia de los anteriores que corresponden a consultas agudas de todo el país- estos son, fundamentalmente, pacientes del sector público.

¿Cuál es la experiencia que hemos tenido en la urgencia del Hospital de Clínica y cuáles son los escenarios de mayor riesgo? El consumo experiencial, el consumo en jóvenes, las altas dosis y el consumo asociado a

otras sustancias en que predominan los efectos de estas. Las intoxicaciones etílicas son más graves y las intoxicaciones por cocaína pueden tener un perfil diferente cuando se asocia marihuana. Asimismo, las intoxicaciones por pasta base de cocaína asociadas a marihuana son más graves y hay dificultades diagnósticas y terapéuticas pero predominan los efectos de las otras sustancias y es por lo que se consulta en verdad: puede estar asociada la marihuana pero lo que motiva es el efecto de las otras sustancias.

Cuando tratamos de discriminar y ver los casos en que el centro es la consulta por marihuana pura en las emergencias, encontramos que las personas consultan por taquicardia, porque sienten palpitaciones y electrocardiográficamente se registra una taquicardia sinusal -un tipo de trastorno del ritmo cardíaco transitorio y reversible-, por alteraciones perceptuales que pueden haber traído alguna consecuencia como un accidente de tránsito, por crisis de pánico, por alucinaciones y por vómitos en casos de ingestión. Debido a que es una sustancia de alta disponibilidad o de fácil acceso, hemos tenido unos cuantos casos -no en circunstancias de abuso- de intoxicaciones accidentales en personas que no pretendían obtener un efecto psicotrópico; fueron intoxicaciones alimentarias por alimentos realizados con marihuana que, inadvertidamente, fueron ingeridos por personas que se intoxicaron, tuvieron vómitos y eso motivó la consulta al centro de toxicología.

En cuanto a los efectos crónicos -como decía la doctora Laborde- la frecuencia del policonsumo dificulta la evaluación de los efectos exclusivos de la marihuana. Es preciso afinar la punta del lápiz y realizar investigaciones prospectivas, hacia delante. Tenemos mucho para investigar. De hecho, en lo personal, integro un grupo de investigación en pasta base de cocaína -que es una sustancia que motiva mucho de nuestro accionar por sus efectos en diversos órganos y parénquimas- pero hasta ahora no hemos emprendido una investigación en relación a la marihuana.

¿Cuáles son los escenarios que implican mayor riesgo? Existe una vasta bibliografía que señala el inicio temprano -particularmente, en la adolescencia- y el consumo diario y prolongado e intenso

Seguramente, ya han oído a los colegas hablar de los efectos neurológicos y psiquiátricos. Es una sustancia que genera tolerancia y dependencia.

El síndrome de abstinencia en la marihuana tampoco genera consultas en agudo porque es un cuadro clínico que suele pasar bastante inadvertido. No genera consultas agudas porque los síntomas son bastante sutiles y hay que estar muy alerta para encontrarlos. Los médicos que integramos este equipo sabemos que hay síntomas inespecíficos que se presentan en muchas afecciones y hay que contextualizar si esa persona que tenía una cefalea era un consumidor diario, intenso y de larga data de marihuana.

Seguramente, la colega oncóloga ya se refirió a los efectos carcinogénicos de los humos en general. Está demostrado que no solo hay una sinergia sino que se potencia el efecto carcinogénico con el uso de tabaco y con las cocaínas fumables. Eso aumenta el riesgo y vemos en la clínica aguda desde cuadros leves a cuadros más importantes. También hay efectos cardiovasculares y óseos en el desarrollo fetal. Nos parece importante destacar que hay que contextualizar esto definiendo algo que en toxicología es importante: la dosis y el tiempo.

En cuanto al fenómeno de escalada o hipótesis de iniciación del consumo, hay estudios internacionales longitudinales -a través del tiempo- que señalan que la marihuana es la primera droga ilícita utilizada, pero siempre precedida de tabaco y de alcohol. Dicho de otra manera, el tabaco y el alcohol son drogas de iniciación para cannabis.

Otro aspecto importante, señalado en la bibliografía internacional, es que hay cuatro veces más usuarios de marihuana que de otras drogas. Quiere decir que hay mucha gente que empieza a consumir marihuana y su consumo queda en tabaco, alcohol y marihuana, o solo en marihuana. También se describen los factores de riesgo para progresar hacia otras drogas, tales como el inicio temprano -en la adolescencia-, la mayor frecuencia de consumo -diario-, signos de dependencia de marihuana y, teniendo en cuenta que es una sustancia ilícita, la exposición a la oferta de otras sustancias ilícitas y a los traficantes.

Estos datos son sacados de la publicación "La política de drogas y el bien público", cuyo autor es Babor, traducida por la Organización Panamericana de la Salud en el año 2010. Queríamos destacar esto porque es lo que está escrito a nivel internacional. Es importante que contextualicemos esta información a la hora de tomar las decisiones.

Otros datos bibliográficos internacionales, que van más allá de lo que le pasa a cada una de las personas, están vinculados a eventos violentos, dado que esta droga altera las percepciones; se ha visto agitación y violencia interpersonal entre compañeros, y hay datos vinculados a las tasas de delito en los Estados Unidos que muestran que la menor tasa de delitos penales entre las drogas ilícitas es con la marihuana. Es 1,5 para cannabis y 6,2 para los consumidores de cocaínas fumadas; en Estados Unidos es fundamentalmente "crack" y aquí es la pasta base. También se vinculan a los accidentes de tránsito y esto está demostrado porque altera las percepciones y la capacidad de reacción. Conducir bajo los efectos de la marihuana aumenta al doble la posibilidad de tener accidentes de tránsito. Sabemos que también hay datos vinculados a la exposición ambiental al humo de marihuana. Quienes lo sufren son los niños. Si bien no se describen manifestaciones clínicas, puede haber resultados analíticos en orina -en un "screening" de orina para marihuana- que sean positivos. Esto es para un niño que esté en un ambiente en el que se fuma marihuana. Lo mismo sucede cuando lo que se fuma es tabaco.

Estos son los datos que teníamos para compartir con ustedes, algunos de nuestra propia práctica y otros de la bibliografía internacional muy ponderados en cuanto a algunos aspectos que queríamos destacar, que refieren a la hipótesis de la iniciación del uso de sustancias y a la vinculación a la vida cotidiana relacionada con la utilización de sustancias en contextos que puedan ser de riesgos como es la conducción de un vehículo, la utilización de una máquina de trabajo o la participación en procesos industriales, es decir, contextualizado en lo que es el trabajo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Precisamente, ese es uno de los aspectos que estamos analizando en el proyecto.

SEÑOR SANDER.- ¿Hay algún dato técnico en esas encuestas que permita saber si el consumidor de marihuana se inicia en esta droga y, luego, se dirige a otras ilícitas, sobre todo, hacia las pastas de cocaína o las cocaínas fumables?

SEÑORA LABORDE.- Alba mencionaba los resultados de la publicación de la Organización Panamericana de la Salud -el doctor Babor estuvo en Uruguay- cuyo enfoque es el uso de marihuana y el bien público, es decir, pensando en todos los impactos que tiene el consumo más allá de lo personal. También analiza la hipótesis de que la marihuana sea un camino hacia el consumo de drogas más duras. Lo que resulta de esos estudios es que, en realidad, no está probado que la marihuana sea necesariamente un mecanismo para llegar al consumo de otras drogas.

Sin embargo, en este contexto de policonsumo, es bastante difícil saber cuánto va por la demanda y cuánto por la oferta.

Por otro lado, lo que sí es muy interesante es que hay cuatro veces más usuarios de marihuana que de otras drogas. Eso habla de que no es ni siquiera el 50% los que continúan utilizando otras drogas.

A nuestro juicio, lo más interesante del intercambio con el profesor Babor y su equipo fue comprender y evaluar que el riesgo de continuar en el consumo de otras drogas que conocemos que interpelan mucho más a la sociedad, a la persona en su salud y al sistema de salud no es tan dependiente de cuál sea la droga ni de su legalidad. En ese contexto, las grandes drogas iniciadoras son el tabaco y el alcohol. Eso sí está probado científicamente. En ese sentido, la marihuana puede estar jugando un rol; si la analizamos como droga ilegal, es la primera que se prueba. Pero si analizamos todas las drogas de abuso, no desde un aspecto legal sino médico- científico las drogas iniciadoras son el tabaco y el alcohol.

SEÑOR RADÍO.- En realidad, lo que establecemos son asociaciones estadísticas y no necesariamente relaciones de causa y efecto.

SEÑORA LABORDE.- Absolutamente.

SEÑOR RADÍO.- Podría buscar asociaciones estadísticas entre el consumo de marihuana y la calidad de ser huérfano o no. Esto no parece relevante a los efectos de que no es una actividad que eventualmente pueda ser prohibida.

Reitero que lo que uno ata no son relaciones de causalidad sino relaciones estadísticas que, en todo caso, a la hora de complejizar más el problema no necesariamente están vinculadas a características químicas de las sustancias; podrían estar motivadas por cuestiones sociológicas.

SEÑORA NEGRÍN.- Quiero resaltar el valor de la investigación científica y el método científico. Nuestros datos, que traemos a la Comisión, son de registros de consultas. No hemos realizado estudios de asociación estadística o de este tipo de vinculaciones. No los hemos realizado por distintas causas, entre ellas porque nuestra carga como médicos en la Universidad tiene la triple vertiente que es la asistencia, la docencia y la investigación. Es un desafío que estamos dispuestos a asumir y así tomar alguna línea de investigación en cuanto a lo que pueda ser la marihuana, como lo hemos hecho con otras. Por ahora, solo presentamos datos que no son encuestas. Reitero que son datos de consulta. Hay una pequeña diferencia. Una encuesta es por ejemplo la Encuesta Nacional de Hogares o la Encuesta de prevalencia e incidencia que realiza el Observatorio Nacional de Drogas, donde toma una población y ahí encuesta a todos. El sector médico es convocado por problemas de salud. Como ustedes vieron, los problemas de salud vinculados exclusivamente a la marihuana por los que el Centro de Toxicología ha sido llamado, corresponden al 0,8% de las consultas en policlínica. Tenemos 334 consultas agudas -este dato es nacional-, caracterizadas por el policonsumo, en el que está incluida la marihuana aunque no es el motivo por el cual la persona fue al hospital o llamó a una asistencia móvil. En el gráfico que estoy mostrando está coloreado en rojo lo que corresponde a la marihuana.

Me parece importante hacer esta precisión porque parte de los datos que surgen de las consultas que hemos recibido, muestran una realidad.

SEÑOR SANDER.- Se hizo referencia a que se está haciendo un estudio sobre las cocaínas fumables. ¿Saben cómo inciden las otras drogas -alcohol, cigarrillos y marihuana- en el pasaje a las cocaínas fumables?

SEÑORA NEGRÍN.- No estamos haciendo estudios estadísticos sino clínicos. La diferencia es de efecto. No quiere decir que no los podamos hacer, porque el material necesario para hacer un estudio estadístico son los casos, y los tenemos, pero nuestra población es sesgada, porque es la que consulta; no es la población total del Uruguay.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos a las doctoras Amalia Laborde y Alba Negrín por haber concurrido a la Comisión y por los insumos que nos han brindado.

(Se retira de Sala la delegación de la Cátedra de Toxicología de la Universidad de la República)

(Ingresan a Sala representantes de las Cátedras de Derecho Administrativo y de Derecho Constitucional de la Universidad de Montevideo)

——Damos la bienvenida a la doctora Silvana Nessar, de la Cátedra de Derecho Administrativo de la Universidad de Montevideo, y al doctor Eduardo Esteva, de la Cátedra de Derecho Constitucional de la Universidad de Montevideo.

SEÑORA NESSAR.- Voy a dividir en dos partes el análisis del proyecto. Por un lado, tenemos la actividad en sí que se asigna al Estado y, por otro, los órganos que van a estar encargados de esta actividad.

En cuanto a la primera parte, el artículo 2º del proyecto asigna un nuevo cometido al Estado, que consiste en controlar y regular las actividades que allí define. Si se asigna un cometido al Estado, lo importante es determinar su naturaleza jurídica. ¿Por qué? Porque según cuál sea la naturaleza jurídica de ese cometido será el régimen jurídico que haya que asignar a la actividad de que se trate.

Nuestro legislador, tradicionalmente, cuando se refiere a la asignación de cometidos al Estado, acude a la clasificación de cometidos estatales realizada por el profesor Sayagués Laso, quien distingue: servicios esenciales, servicios públicos, servicios sociales, actividad privada a cargo del Estado y regulación de la actividad privada. ¿En cuál de estas categorías ubicamos esta actividad de regulación y control?

El derecho positivo también hizo una clasificación de cometidos, que está contenida en la Ley Nº 16.736, que refiere a cometidos sustantivos y no sustantivos, pero el legislador básicamente no la ha utilizado. Inclusive en la reforma de la Constitución de 2004 se ha utilizado esta clasificación aludiendo al servicio público de agua potable y saneamiento; o sea que seguimos con la clasificación de Sayagués Laso. Es de creer que esta ley también va a continuar con la utilización de ese cometido.

No podemos ubicar esta actividad de control y regulación como cometido esencial. No es una actividad inherente al Estado, que no admita ser prestada por los particulares -que es lo típico del cometido esencial-, como la defensa y las relaciones exteriores. Tampoco creemos que sea un servicio público, porque no es una tarea impostergable tal como la entiende Sayagués Laso. Tampoco es un servicio social que pretende mejorar los niveles de aquellos menos favorecidos, como en el caso de la enseñanza o de la salud. No es una actividad privada porque en esta, básicamente, la regla que rige es la competencia, la concurrencia, y aquí no va a haber concurrencia o se va a regir por disposiciones especiales. Entonces, nos quedaría ubicarla como una actividad que el Estado regula y somete a determinados aspectos administrativos, que es lo que dice Sayagués Laso.

Creo que esas características, aunque con algunas particularidades, se dan en el cometido que se asigna. Y básicamente compete al órgano legislativo dictar las normas relativas a esta regulación; entonces, estaríamos dentro de esa situación. En estos casos, el Estado regula pero, además, dentro de esos aspectos administrativos crea ciertos controles, como son los registros y ordena la actividad. O sea que esas características se podrían dar.

¿Qué sería lo particular que no se da en esa categoría y sí en este cometido? Toda actividad que se regula siempre es lícita. Sin embargo, si leemos el proyecto de ley, veremos que el segundo inciso del artículo 6º establece que solamente aquellos que se inscriban en el Registro que llevará el denominado INCA, y que obtengan la licencia, quedarán amparados por esta norma. De lo contrario, su conducta estará tipificada dentro de la ley de estupefacientes y podrá constituir un delito.

Entonces, no se trata de una actividad libre así como así. De acuerdo con lo que establece el Decreto-ley de estupefacientes, en principio, es una actividad ilícita y, solamente si se reúnen determinados requisitos -estos son los aspectos administrativos: registro, etcétera- se cae en una figura lícita dentro de la cual la actividad podrá ser prestada.

Como decía, el segundo inciso del artículo 6º expresa: " El registro del cultivo" -se supone que es de aquél que cultiva-, [...] "será requisito indispensable para poder ampararse en las disposiciones de la presente ley". Y lo que establece esta norma es una excepción al Decreto-ley que analiza la actividad desde el punto de vista delictivo.

Hago esta precisión porque aquí se establece que el INCA va a otorgar licencias. Y, en general, en nuestro derecho positivo, la palabra "licencia" se asocia a lo que en Derecho Administrativo denominamos "autorización". Acá otra vez volvemos a las distintas posiciones. Según Sayagués Laso lo único que permite la autorización es que el particular ejerza un derecho, pero el goce de ese derecho ya lo tiene. O sea que es declarativo de una situación. Yo puedo poner una Universidad porque tengo el goce del derecho de la enseñanza, que es libre y cualquiera lo puede ejercer. Ahora, si quiero poner una Universidad, lógicamente, tengo que someterme a determinados requisitos administrativos, porque al Estado no le es indiferente que quienes de allí egresan puedan competir y que tengan determinada currícula. Entonces, se me somete a un régimen de autorización. Pero lo único que hace es permitirme ejercer ese derecho del cual ya gozo. Eso es lo que es una licencia en general.

Méndez tenía un concepto distinto de la autorización y entendía que era constitutiva de un derecho: a partir de ella, yo puedo hacer algo que antes no podía. Esa diferencia es sustancial, porque si acá estamos entendiendo a la licencia en el sentido de Méndez, es correcto; pero si la estamos entendiendo en el sentido de Sayagués Laso, la palabra "licencia" no sería la más correcta. Por supuesto que esto es hilar fino, pero a mí me llamaron para eso: para hacer un análisis.

En definitiva, si yo me inscribo en el Registro, y el Instituto me da la licencia, esa actividad es legítima y la puedo hacer, dentro de esos parámetros. Pero si no me inscribo en el Registro, y consiguientemente no tengo la licencia, puedo caer bajo el Decreto-ley de estupefacientes y estar cometiendo un delito. Entonces, esa actividad no es lícita en todos los casos. De manera que la palabra "licencia" es equívoca. Se podría estar

utilizando en el sentido de Méndez -allí sería correcto- pero, en general, nuestro derecho sigue la posición de Sayagués Laso, por lo cual sería más dudoso. Ahora bien, en algunos casos se utiliza la palabra "permiso". Por ejemplo, para el uso de las frecuencias y de las ondas del espectro radioeléctrico se utiliza más el concepto de "permisarios" porque, en realidad, allí se constituye un derecho, en la medida en que los bienes del dominio público no los puedo usar en forma exclusiva: preciso que el Estado me dé ese derecho. Los bienes del dominio público los usamos todos; y si quiero usarlos solo yo, debe haber un acto administrativo especial que me autorice. En algunos casos se los llama "permisos" o "autorizaciones precarias". Ustedes tendrán que analizar si utilizan el término "licencia": en el sentido constitutivo, creo que no hay objeciones, pero si se emplea como que es una actividad lícita, legítima, que solamente está sometida a determinados requisitos, puede generar alguna confusión. Esto desde el punto de vista de la actividad en sí.

Por otra parte, en el proyecto se dice que se otorga el permiso a los particulares y a los clubes de membresía. No sé si interpreto bien el proyecto, pero entiendo que el Estado solamente controla o regula en forma directa o por mandato legal, pero no va a prestar la actividad en sí misma: creo que esa es la intención. Si es así, perfecto, pero si prestara la actividad, serían cosas distintas. La actividad del Estado pasa por controlar y regular, pero no por la prestación directa de la plantación, cultivo, etcétera.

El artículo 2º establece que ese control y regulación estará a cargo directamente del Estado, o a través de quien se otorgue mandato legal. Tengo que interpretar, entonces, que este es el mandato legal por el cual se le asigna el mandato legal al INCA, esa persona jurídica pública no estatal que se crea. Naturalmente que eso se puede modificar por otra ley. Lo que habría que precisar es si al otorgar mandato legal al INCA, el Estado cede los derechos a controlar y regular, o si puede intervenir sin necesidad de otra ley que le quite esas competencias a este instituto. De repente habría que mencionar eso: dejar establecido que por este acto se le otorgan esas competencias al INCA -estamos creando una persona pública no estatal, que está fuera del Estado, no integra el Estado en ninguna de las concepciones ni aparatos en sentido amplio, ni en sentido restringido; sí integra la República Oriental del Uruguay, pero no el concepto del Estado. Entonces, sería bueno precisar si con esto el Estado está claudicando y cediendo por mandato esas potestades o si va a mantener algo de esos poderes.

Con respecto a los órganos de control, debo decir que son muchos, lo cual genera dudas. Siempre que hay muchos órganos controlando, llegado el momento el control se diluye, porque no se sabe a quién dirigirse. Es como la Ursec y la Dirección General de Comercio, en el tema de la competencia.

Es necesario definir más las competencias, porque acá están la Junta Nacional de Drogas, el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, el INCA pero, además, recuerden que el Decreto-ley de estupefacientes establecía otra cantidad de controles y competencias que involucraba a la Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías -que no sé si sigue vigente- a Salud Pública, al Ministerio del Interior, a la Comisión Honoraria. En fin: es muy complicado. Si hay muchos órganos competentes, hay que definirlo bien acá y no remitirlo, porque las remisiones siempre son: "En la redacción dada por [...]" Entonces, es una secuencia de leyes interminable a la hora de precisar bien cuáles son los órganos que controlan y qué controlan.

En el artículo 4º creo que hay un error de redacción. Esta norma modifica el Decreto-ley Nº 14.294, en la redacción dada la Ley Nº 17.016. Dice así: "Sustituyese el artículo 30 del Decreto-ley Nº 14.294, de 31 de octubre de 1974, en la redacción dada por el artículo 1º de la Ley Nº 17.016", pero es por el artículo 3º. El mismo error se comete en el artículo 5º que dice: "Sustitúyese el artículo 31 del Decreto-ley Nº 14.294, de 31 de octubre de 1974, en la redacción dada por el artículo 1º de la Ley Nº 17.016". Nuevamente debería decir "en la redacción dada por el artículo 3º".

En el artículo 6º, cuando se habla del INCA y del Registro, se dice: "La información relativa a la identidad de los titulares de los actos de registro tendrá carácter de dato sensible, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 18 de la Ley Nº 18.331, de 11 de agosto de 2008". Esto es correcto, pero el literal G) del artículo 34 de esa misma ley establece que la Unidad Reguladora y de Control de Datos Personales, deberá: "Asesorar en forma necesaria al Poder Ejecutivo en la consideración de los proyectos de ley que refieran total o parcialmente a protección de datos personales". Quiere decir que para este proyecto de ley hay que escuchar a esa Unidad. Se habla de datos sensibles. Entonces, aquí hay que ver lo que dice la Ley Nº 18.331 en cuanto a qué es un dato sensible. Inclusive, hay excepciones, porque hay datos confidenciales, reservados, etcétera. Yo me tomé el trabajo de hablar con el doctor Rotondo, que integra esa Unidad, a los efectos de consultarle

su opinión y me contestó que efectivamente era así, por lo menos, cuando se dicte la reglamentación. Pero en realidad la ley refiere a todo proyecto de ley que proponga el Poder Ejecutivo; así que sería conveniente consultar esto.

Con respecto a las cuestiones orgánicas, quisiera referir al INCA, persona pública no estatal. Yo estuve leyendo en Internet los comentarios que se hicieron en la Comisión y efectivamente leí que algunos de los miembros hablaba de que se trata de una persona pública no estatal, lo cual es correcto, y que puede dictar actos administrativos. Ahora bien, las personas públicas no estatales no dictan actos administrativos, porque no integran el Estado. Son públicas, porque son de interés público, pero están fuera orgánicamente del Estado. Lo integran, como decía, como República, como nación, pero no específicamente dentro de los conceptos de Estado que manejamos en derecho público y que contempla esta norma.

Entonces, la diferencia es el control en que van a recaer esos actos. Los actos administrativos son controlados mediante los recursos administrativos y, eventualmente, la acción de nulidad ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo. Aquí va a caber un régimen especial, pero nadie impide que esa persona pública tenga la competencia de dar licencias o permisos, que realice actividades de control. Eso es correcto: lo puede hacer porque se lo está permitiendo una ley. De manera que al asignar la competencia mediante la ley que mana del Poder Legislativo, de acuerdo con todos los requisitos, esa cuestión no tiene ningún velo de inconstitucionalidad.

Con respecto a los miembros de la Junta, se dice que: "La Junta Directiva será el jerarca del Instituto y sus miembros serán personas de reconocida solvencia moral y técnica.- Estará integrada por:- Un representante de la Secretaría Nacional de Drogas, que la presidirá. ——Un representante del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca. Un representante del Ministerio de Desarrollo Social.- Un representante de Ministerio de Salud Publica". La cuestión es, ¿qué representante envían? ¿Se le va a exigir algo o queda a discrecionalidad del Secretario o de los titulares de la Secretaría Nacional de Drogas? Por supuesto que deben respetarse las condiciones establecidas: "reconocida solvencia moral y técnica". Ahora bien, ¿habrá alguna posibilidad de que intervenga el Poder Ejecutivo? Esa es una cuestión que quizás habría que aclarar a modo de garantía.

En cuanto al número de miembros, si es impar está previsto que haya doble votación para el Presidente, lo cual es correcto.

Por otra parte, el artículo 16 dice: "La duración del mandato de los miembros de la Junta Directiva será de cinco años, pudiendo ser reelectos por un solo período consecutivo.- Los miembros salientes permanecerán en sus funciones hasta que asuman los nuevos miembros designados". Esta modalidad de redacción, que es igual a la del artículo 192 de la Constitución respecto a la duración de los miembros de los Directorios o los Directores Generales de Entes Autónomos y Servicios Descentralizados, generó un problema, en la medida en que se establece que permanecerán hasta que asuman los nuevos. ¿Cuántos? ¿Quiénes? ¿Todos? ¿Algunos? ¿La mayoría? Adviértase que son cuatro. Lo mismo pasaba, como dije, con el artículo 192 de la Constitución, lo que de hecho generó alguna polémica con algún Director de Entes Autónomos. La famosa "Ley Aguirre" solución el problema, y ahora con respecto al artículo 192 de la Constitución, por una interpretación auténtica, se considera que el resto de los miembros deberán cesar cuando se haya designado a la mayoría de los integrantes. O sea que es conveniente que se establezca la mayoría porque, si son cuatro y se designan tres, el miembro restante, que pertenece al período anterior, debe cesar: no tiene titularidad para quedarse en el cargo. Si no se aclara eso, puede entenderse que se puede quedar hasta que nombren a todos.

En cuanto a las calidades para ser Director Ejecutivo, yo creo que siempre en este tipo de personas públicas no estatales el Director Ejecutivo es la cara visible. Entonces, es conveniente precisar un poco más las condiciones o calidades que debe tener para desempeñar ese cargo. La Junta va a sesionar, pero lo que va a estar presente, de manera más ejecutiva, es el Director. De manera que, así como se hizo para los miembros de la Junta, sería conveniente determinar qué calidad especial debe de tener: esto es para garantía de todos.

Una cuestión de técnica -no es la apreciación de ningún error- es que, generalmente, cuando se habla de cometidos y atribuciones, técnicamente lo correcto es referir a cometidos y poderes jurídicos. Hago esta observación para el capítulo III -artículos 22 y 23- pero, si se quiere, es una exquisitez.

El artículo 27 habla de control y dice: "El contralor administrativo del Instituto será ejercido por el Poder Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca.- Dicho contralor se ejercerá tanto por razones de juridicidad, como de oportunidad o conveniencia.

A tal efecto, el Poder Ejecutivo podrá formularle las observaciones", etcétera. ¿Qué quiere decir control administrativo? ¿Control disciplinario? Acá se toma un poco la redacción de los artículos 197 y 198 de la Constitución que refiere a control disciplinario. ¿Pero puede hacer otro control? Porque el término "control administrativo" es un poco impreciso. Generalmente "administrativo" se entiende por "disciplinario". Pero, por ejemplo, ¿puede controlar los permisos que expide? ¿Puede objetar por no estar de acuerdo con determinados permisos a clubes de membresía o licencias? No sé si eso está incluido. Si quieren establecer "control disciplinario", está bien, porque como también puede por cuestiones de mérito, perfectamente se puede entender que no se estuvo de acuerdo con la gestión del instituto, por ejemplo, porque otorgó licencias que no correspondían.

El artículo 29 tiene que ver con el control de los actos que dicta el INCA. Como es una persona pública no estatal, ya dijimos que, contra sus actos, cabe el recurso de reposición, que es la modalidad que establecen todas las leyes. El artículo determina que la Junta tiene un plazo de 30 días hábiles para instruir y resolver el asunto. En el segundo inciso se expresa: "Denegado el recurso de reposición", pero habría que agregar que esa denegatoria debe ser expresa o ficta, porque si eso no se dice el recurso pasa a consideración de la Junta. Si la Junta no se pronuncia y siguen pasando los días, el justiciable o el permisario no pueden acceder al control del Tribunal de Apelaciones respectivo. Sin embargo, si se establece una denegatoria ficta, pasados los treinta días se entiende que fictamente dijo que no, que el recurso no le hizo lugar y, pasado ese plazo, el interesado podrá acudir al Tribunal de Apelaciones de turno. Eso siempre es una garantía.

SEÑOR ORRICO.- Quisiera saber si la doctora Nessar considera que el plazo es razonable.

SEÑORA NESSAR.- Quizás es un poco exiguo, aunque en el texto se dice "hábiles", y eso da un margen mayor.

Generalmente, para los recursos de reposición la Constitución da un margen de ciento cincuenta días. Estoy de acuerdo con que no tiene por qué ser un plazo tan amplio, pero cincuenta días es lo que la ley Cajarville interpretó para los recursos subsidiarios, así que se podría establecer ese plazo.

Por lo general, a estos órganos les cuesta tomar una decisión, pero es muy importante que se establezca el ficto; si no, pasa el plazo y nadie controla. Insisto: es muy importante poner que el plazo sea ficto para las garantías de los permisarios o licenciatarios.

Por último voy a plantear una cuestión que no puedo resolver y por eso les sugeriré que hagan consultas al respecto. Nuestro Estado suscribió algunos tratados de fiscalización internacional en el control de drogas. El problema que puede plantearse al aprobar un proyecto de esta naturaleza es que podría incurrirse en alguna responsabilidad. Por supuesto que si propiciamos la postura de que, una vez que son aprobados mediante ley, los tratados tienen la misma jerarquía que la ley, no hay problema, porque esta es una ley posterior, y la ley posterior deroga a la ley anterior. Pero esa es una corriente que cada vez tiene menos apoyo. El derecho comparado le otorga nivel constitucional a los tratados; Argentina les da nivel constitucional y tengo dudas con respecto a lo que hace Paraguay.

Entonces, sería bueno consultar a la Cátedra de Derecho Internacional, para saber si el Estado podría incurrir en una responsabilidad con respecto a esos tratados. Lo planteo porque algo así pasa con los tratados de derechos humanos, que son supranacionales. Insisto: hay que consultar si el Estado, al haber aprobado esos tratados, se comprometió a seguir una determinada conducta respecto a esta fiscalización. Ese tema no lo domino y creo que sería bueno que hicieran consultas al respecto.

SEÑOR BANGO.- Hemos escuchado una excelente exposición de la doctora Nessar y, lamentablemente, tendré que leer de la versión taquigráfica la intervención del doctor Esteva, porque en mi calidad de integrante de esta Comisión debo participar en un debate sobre este proyecto de ley que organizó para hoy la Junta Nacional de Drogas en la ciudad de Minas.

Les agradezco mucho la información que ya fue brindada, que es sumamente útil; seguramente también lo serán los aportes que hará el doctor Esteva.

SEÑOR ESTEVA.- Debo principiar por el reconocimiento a la invitación que se nos hizo y manifestar mi disposición a colaborar con las Comisiones del Poder Legislativo.

Voy a hacer algunas precisiones.

En primer lugar, me voy a ceñir a proporcionar mi opinión técnico jurídica, que procuraré al máximo sea expresada sin preconcepto alguno con respecto al contenido del proyecto de ley. Además, evitaré ingresar en el análisis del mérito de esta iniciativa, ajustándome a la jurisprudencia tradicional de la Suprema Corte de Justicia, según la cual el mérito no es contenido del control de regularidad constitucional en el Uruguay.

En segundo término, haré una consideración obvia pero que reputo necesaria: voy a exponer una opinión personal que no debe entenderse como reflejo de la posición institucional de la Universidad de Montevideo.

Hechas estas precisiones iniciales, me permitiré hacer referencia al material que se me envió. He recibido dos proyectos de ley: uno elaborado por el Poder Ejecutivo y enviado al Poder Legislativo y otro que, según se me expresa, ha sido preparado por los señores legisladores del Partido Frente Amplio. El cotejo entre ambos proyectos me lleva a afirmar sin duda alguna, desde el punto de vista técnico jurídico, que el sustitutivo supera gran parte de las posibles objeciones de constitucionalidad que planteaba, en una lectura desapasionada, el primero.

Voy a limitarme a señalar un ejemplo que es válido prácticamente para todo el proyecto que remitió el Poder Ejecutivo: hay un cometimiento de soluciones a la reglamentación lo cual plantea, prima facie, el problema de la indelegabilidad de competencias de los Poderes del Estado, según la Constitución uruguaya, y la necesidad de que cada uno de ellos ejerza sus respectivas competencias. Por ende, la hipótesis de delegación no ha sido admitida por la doctrina uruguaya ni tampoco por la jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia.

Me voy a ceñir estrictamente al examen del proyecto que llamaré sustitutivo, y dentro de él, para hacer una coordinación con la excelente exposición que realizó la profesora Nessar, tomaré en forma exclusiva los aspectos de orden constitucional que podrían estar cometidos en cada uno de los casos y daré al respecto mi opinión. Voy a hablar, entonces, exclusivamente de los artículos 1º al 10 y lo haré siguiendo el orden de numeración, más allá de que no es esa la mejor técnica expositiva.

La lectura del artículo 1º del proyecto me lleva a pensar en qué disposiciones de la Constitución están vinculadas con él; es el artículo que declara de interés general las acciones tendientes a proteger, etcétera. Me parece claro que, al respecto, hay básicamente dos artículos de la Constitución a considerar: uno es el artículo 44 en sus dos incisos y el otro es el artículo 46 en su segundo inciso. Estas dos disposiciones fueron incorporadas a la legislación uruguaya en la reforma de 1934. Han sido calificadas en general por la doctrina que podría llamar clásica -por ejemplo, por Justino Jiménez de Aréchaga, el tercero en el tiempo en la titularidad de la Cátedra de Derecho Constitucional de la Udelar- como disposiciones programáticas. Estas disposiciones se distinguen estrictamente de los preceptos constitucionales en tanto y en cuanto constituyen -en palabras de Jiménez de Aréchaga- mandatos de hacer o de no hacer algo dirigidos por el constituyente al legislador.

El artículo 44 establece: "El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes".

El primer examen -tal como sucedió cuando lo hizo con respecto a una norma similar el Tribunal Constitucional Federal alemán- implica plantearse si esta redacción da cumplimiento al primer y al segundo inciso del artículo 44 de la Constitución. Prima facie me parece que el artículo 1º proyectado se ajusta a dichos lineamientos. Eventualmente, podría haber alguna duda en cuanto a la redacción política orientada a minimizar los riesgos y reducir los daños del uso del cannabis.

No ha sido frecuente en el Uruguay el planteo de problemas de constitucionalidad en cuanto se coteja una ley ordinaria con una disposición de tipo programático de la Constitución, es decir, una ley con respecto a un programa de acción.

He opinado sobre el tema hace más de treinta años, sosteniendo que al menos la norma llamada "programática", aunque no sea un precepto inmediatamente aplicable, configura un criterio de interpretación de la Constitución en su conjunto.

O sea que el artículo 1º se está ajustando a los lineamientos del artículo 44 en sus dos incisos. Tengo para mí que si alguien dijera lo contrario, la Suprema Corte de Justicia en su pronunciamiento consideraría que eso sería ingresar a la oportunidad o conveniencia del acto legislativo y no estrictamente a la regularidad constitucional del acto legislativo.

Con respecto al artículo 1º del proyecto de ley, también me vino a la memoria el inciso segundo del artículo 46 de la Constitución que, como decía, fue incorporado por la Constitución de 1934. Allí se establece que el Estado combatirá por medio de la ley y las convenciones internacionales los vicios sociales. O sea que otra vez un mandato de hacer algo, combatir, lo cual en algún sentido significa la adopción por el constituyente de una política para el Estado, con reflejo a las relaciones internacionales. En ese punto hago mías las expresiones de la profesora Silvana Nessar en el sentido de que -tampoco es mi especialidad- hay una necesidad de compatibilizar las previsiones de este proyecto de ley con los tratados o convenciones internacionales que ha suscrito la República en el marco, según mi concepto, de las estipulaciones de la Convención de Viena sobre Derecho de los Tratados, vigente para el Uruguay desde alrededor de treinta años, que establece inequívocamente que el Estado no puede invocar disposiciones de derecho interno respecto de previsiones de los tratados. Entonces, hago mías también las expresiones de la profesora Nessar en el sentido de que no es de mi especialidad el examen de esa problemática.

Con respecto al artículo 2º, poco puedo agregar a lo ya dicho en cuanto a que se trata de un cometido del Estado. No me merece objeciones de constitucionalidad. Siempre en esta temática hay una cierta problemática que la encuentro desde el Decreto Ley de 1974, en la Ley de 1998 y ahora en este proyecto de ley de 2013, que es la dificultad de no cometer a la reglamentación determinados aspectos por lo cambiante que es el examen y la evolución del tema. O sea que tampoco el artículo 2º plantea problemas de constitucionalidad, en tanto uno entienda que se está adecuando a los lineamientos constitucionales que antes he mencionado.

En cuanto al artículo 3º, lo que hice fue comparar el proyecto de ley que sería el sustitutivo de la iniciativa del Poder Ejecutivo, con las previsiones de la ley de 1998 en cuanto dio redacción sustitutiva al Decreto Ley de 1974. Se inicia con una prohibición diciendo: "Quedan prohibidos la plantación, el cultivo, la cosecha y la comercialización de cualquier planta de la que puedan extraerse estupefacientes y otras sustancias que determinen dependencia física o psíquica [...]". O sea que la solución del principio se adecua a la protección de la salud de la población. Pero vienen las excepciones. Me interesa especialmente el examen de la excepción que establece el literal D) y la que consagra el literal E) relativa a la plantación, cultivo y cosecha domésticos de plantas de cannabis.

¿Qué dice la Constitución sobre esto? Hay una referencia generalmente olvidada, aunque no refiere al cannabis, que proviene de la Constitución de 1830, que hoy está en el artículo 36: "Toda persona puede dedicarse al trabajo, cultivo, industria, comercio, profesión o cualquier otra actividad lícita, salvo las limitaciones de interés general que establezcan las leyes". La solución tradicional del legislador uruguayo ha sido amenazar —utilizo esta expresión en el término estrictamente jurídico- con una sanción penal a quien vulnere la prohibición. Aquí la prohibición subsiste pero hay excepción. O sea que nadie podría invocar el artículo 36 para decir que se puede encarar en el ejercicio de la libertad el cultivo que me da la Constitución el hacerlo con este tipo de planta o vegetal.

Luego hay que tener presente, como lo han hecho los tribunales más evolucionados en su jurisprudencia en el mundo, el artículo 10 de la Constitución. ¿En qué grado soluciones de este tipo se relacionan con la norma constitucional que establece las acciones privadas de las personas? En tanto no ocasionen daño al orden público ni perjudiquen a terceros están exentas de la acción de los Magistrados.

En esos tribunales constitucionales que he mencionado, como el alemán, se ha dicho que no es propiamente un tema de la vida privada de las personas, no es propiamente una cuestión de la acción privada de las personas el cultivar, sino que es algo que tiene proyecciones eventuales para terceros, por lo cual es legítima constitucionalmente la intervención del Estado regulando ese aspecto. Hasta uno podría preguntarse si se adecua al artículo 85, ordinal 3º) de la Constitución, solución que también viene de la Constitución de 1830

en cuanto ordena al Poder Legislativo legislar respecto determinadas materias, entre las cuales se encuentran las relativas a industria, comercio, etcétera.

Con ese elenco básico de disposiciones constitucionales que está relacionadas con el literal D), me parece que la plantación destinada para consumo personal, genera determinada problemática, y la que está destinada a consumo compartido en el hogar, puede generar otro. ¿Cómo interpretaríamos hogar? La Constitución también habla del hogar y los que son colegas entre los señores Representantes, seguramente tendrán presente las importantes discusiones, los debates de orden doctrinal y hasta jurisprudencial que han existido respecto al alcance del concepto hogar.

No sé si se está pensando en el hogar que la Constitución califica como sagrado inviolable o si se está usando una significación un tanto más amplia. Voy a dar un ejemplo hipotético. El hogar está junto a un lugar en el que se desarrolla una actividad industrial o comercial. Entonces, está en un mismo inmueble, un mismo padrón. ¿Cómo se resuelve esa problemática? O sea que la ley adopta una solución que implica exceptuar este supuesto de la solución de principio que es prohibitiva. ¿Eso coincide con la Constitución o colide con ella? En principio, diría, que en casos como este hay que realizar la llamada ponderación o balance entre las soluciones que están al alcance del legislador y los derechos y libertades de las personas destinatarias de la legislación, sin descuidar los deberes que tienen los habitantes y, eventualmente, el Estado. Recordemos que el inciso segundo del artículo 44 de la Constitución establece su deber es cuidar la salud de los habitantes de la República. Eventualmente podría haber otros deberes que derivaran del artículo 72 de la Constitución, que también incidirían en esta problemática. Entonces, hay una realidad.

Las disposiciones constitucionales básicas que he citado son del año 1934; es decir que datan de hace casi ocho décadas. Los textos no han cambiados. ¿Cuál va a ser la interpretación de la Suprema Corte cuando eventualmente deba resolver sobre la constitucionalidad? Es algo que no se puede prever. Ahí van a aparecer las diversas escuelas en materia de interpretación de la Constitución: la interpretación evolutiva, la histórica, etcétera.

No veo en el caso un problema de flagrante, de clarísima inconstitucionalidad. Sí veo algún problema por el tema de "compartido en el hogar". Digo esto porque alguien podría razonar en el siguiente sentido. Conforme a los artículos 40 y siguientes de la Constitución, la familia es la base de la sociedad y los padres tienen determinados deberes, entre ellos, propender a la integridad moral y demás de los hijos. Consumiendo en el hogar, ¿hasta qué grado puede comprometerse algún derecho de los hijos, fundamentalmente menores?

SEÑOR ORRICO.- ¿Qué diferencia habría entre esto, el cigarrillo y el alcohol? Lo pregunto, sobre todo, por el cigarrillo, porque el alcohol, lo toma y no perjudica a nadie, pero si fuma, crea un medio ambiente donde no solamente hay afectaciones directas a su salud por inhalación del humo sino que además aumenta enormemente las posibilidades de que su hijo sea fumador.

SEÑOR ESTEVA.- En algunos países se ha discutido ese tema y se ha planteado desde el punto de vista constitucional en base a una disposición similar al artículo 8º de la Constitución uruguaya. Me refiero a la regulación de esta problemática conforme al principio de igualdad.

En este momento recuerdo una sentencia de 1994 del Tribunal Constitucional Federal Alemán, que dice -creo estas son las palabras que figuran en la traducción del alemán al español- que no hay lesión a la regulación cuando es diferente según se trate de cannabis, de alcohol o de nicotina.

Entonces, es una realidad muy correcta la que indica el señor Diputado.

En el ejemplo que mencioné, el Tribunal alemán solicitó peritajes a las cátedras de medicina a los efectos de que le informaran si la consecuencia de dependencia que puede generar el consumo del cannabis son comparables con la de otros elementos como el alcohol o la nicotina.

En este caso, es una decisión que toma el legislador. Como decía, creo que no hay una oposición a la Constitución. Sin embargo, no puedo asegurar que eso sea lo que sostenga un Juez. Naturalmente, debemos ser realistas. ¿Quién podría acceder a pedir una declaración de inconstitucionalidad? Solamente aquel que fuera titular de un interés directo, personal y legítimo, como establece la Constitución. En Uruguay no hay

una acción popular de inconstitucionalidad, por lo cual los instrumentos de control de constitucionalidad jurisdiccionales están muy acotados por la restricción de acceso a los mismos.

SEÑOR ORRICO.- Eso es así salvo que se esté discutiendo una tenencia.

SEÑOR ESTEVA.- Correcto: salvo que se esté discutiendo una tenencia en la existe una situación de relación no amistosa sino contenciosa entre los padres.

Con respecto a la letra E), me parece que el otro artículo que se adiciona a la consideración es el artículo 39 de la Constitución, que refiere a la asociación. Se trata de clubes de membresía, y el proyecto habla del número de socios. Parecería que es una subespecie de asociación.

La Constitución garantiza el derecho de asociación, salvo las limitaciones que por razones de interés general resulten de leyes y las asociaciones ilícitas declaradas por la ley, tal como establece específicamente la Constitución.

Siempre he pensado -coincidiendo con Cassinelli Muñoz- que en tanto la Constitución dice "declaradas", se está indicando una razón preexistente a la Constitución, que puede ser un fundamento constitucional, un fundamento que derive de un orden como el del derecho natural según el artículo 72 de la Constitución, etcétera.

O sea que en este caso la ley no está considerando ilícita la asociación sino que, por el contrario, la considera lícita.

La limitación al número de miembros -que alguien podría eventualmente impugnar- está fundada en razones de interés general, para que pueda ser ejercida por el Estado, la persona pública no estatal que se crea u otros órganos competentes por ley, y así acotar la excepción que se crea al principio general

El artículo 4º no me merece observaciones, excepto la necesidad de reiterar la problemática con relación al inciso segundo del artículo 46 sobre que el Estado legislará y participará de las convenciones internacionales; esto deriva el tema a esa especialidad.

Acerca de los artículos 5º y 6º hago las mismas referencias a las convenciones internacionales.

El artículo 7º repite la problemática en el examen constitucional de los literales D) y E) del artículo 3º. No hay nada nuevo allí. Se toma como decisión política la prevención del uso problemático, no la prohibición absoluta del uso del cannabis. Ese es el matiz que se establece.

El artículo 8º compromete el inciso segundo del artículo 71 de la Constitución. Habría que leerlos en cuanto a lo que este último establece: "En todas las instituciones docentes se atenderá especialmente la formación del carácter moral y cívico de los alumnos". Lo que interesa es lo primero, es decir, la formación del carácter moral.

SEÑOR PRESIDENTE.- Les pido disculpas, pero se nos ha terminado el tiempo y ya nos está esperando la otra delegación.

SEÑOR ESTEVA.- Termino con una referencia al artículo 10. Me parece que lo que establece es conforme a la Constitución en cuanto a la limitación de espacios.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos mucho las dos exposiciones. Luego de la discusión incluiremos las sugerencias que han realizado.

(Se retira de Sala la Cátedra de Derecho Público -Constitucional-, de la Universidad de Montevideo)

(Ingresa a Sala una delegación del Sindicato Médico del Uruguay)

——La Comisión tiene el gusto de recibir a una delegación del Sindicato Médico del Uruguay, integrada por las doctoras Julia Galzerano, Rosario Sica y los doctores Eduardo Bianco y Luis Bibbó, para discutir, como

lo ha hecho con otras delegaciones, el proyecto de ley de regulación del mercado de cannabis, con las modificaciones propuestas por la bancada del Frente Amplio, en sus diferentes usos, medicinal, recreativo, científico y productivo.

SEÑORA GALZERANO.- Quiero señalar que lo que repartimos a los señores legisladores tiene que ver con un trabajo que hizo una Comisión del Sindicato Médico del Uruguay el año pasado, ya que estábamos y estamos preocupados por este tema.

Voy a realizar algunas puntualizaciones acerca de algunos aspectos que tienen que ver con nuestro trabajo, que queremos jerarquizar.

En primer lugar, quiero felicitar a los integrantes de esta Comisión por hacer que los distintos actores sociales participemos en la discusión, que era uno de los puntos que planteamos en nuestro informe. Además, quiero agradecer de parte del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico la posibilidad de que estemos aquí con ustedes.

El Comité Ejecutivo del Sindicato convocó a profesionales de la salud, representantes institucionales, vinculados a la problemática del consumo de drogas para conformar un grupo en el año 2012. El objetivo fue generar un espacio para democratizar información, generar conocimiento y propiciar el debate. Además, promover una cultura diferente al tema de regulación del cannabis. El propósito que se buscó fue aportar información a los profesionales de la salud, a los políticos y a la población en general, a los efectos de contribuir al debate que existía en la comunidad y cumpliendo el Sindicato uno de los fines pertinentes, como es velar por la salud de la población.

El trabajo de discusión del tema, recopilación de información, se plasmó en un artículo escrito que publicamos en la revista Ser Médico, en diciembre de 2012, que llega a nueve mil quinientos médicos y, además, está publicado en el sitio web del Sindicato Médico del Uruguay. Nos pareció que esto era importante porque no todos los médicos teníamos información, y estaba bien que lo viéramos desde su casa madre.

La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y la Sociedad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente estuvieron con ustedes la semana pasada en este mismo ámbito. Ellos también participaron de nuestra Comisión, y sabemos que les han transmitido las conclusiones. De todas maneras, queremos remarcar algunos puntos que nos parecen fundamentales y, luego, aportar sobre el proyecto de ley que ustedes nos hicieron llegar oportunamente para esta reunión.

El Comité Ejecutivo del Sindicato está preocupado, igual que otros actores de la sociedad, por el incremento del consumo de alcohol y de drogas ilegales en la población, en especial en los más jóvenes. Las estrategias que se han usado en la prevención del consumo de esta sustancia no han tenido los efectos esperados. Además, notamos el desdibujamiento de los objetivos de salud pública, que deberían ser los centrales en cualquier estrategia de política de drogas para colocar el énfasis en eliminar las consecuencias de las estrategias de prohibición de la venta ilegal de cannabis y de quitarle el negocio al narcotráfico. La otra preocupación que tenemos es la ineficacia de las estrategias de prevención y tratamiento de los consumidores de drogas.

El debate se está desarrollando, pero desde la entrada del proyecto hasta ahora se está cambiando la forma de realizarlo. Por lo que hemos visto, ustedes están llamando a muchísimos actores que tienen que ver con el tema. Por otro lado, la Junta Nacional de Drogas está haciendo jornadas en Montevideo y en distintos puntos del interior del país, lo que nos parece muy importante.

También nos preocupa la disminución de la percepción de riesgo vinculada al consumo del cannabis. Consideramos que el mensaje de la regulación del mercado del cannabis en sí mismo incidirá positivamente en el problema del consumo y tráfico de drogas.

Lo que vamos a remarcar ahora son las conclusiones del informe que les proporcionamos vía mail y que les estamos entregando en este momento, a efectos de realizar un intercambio de ideas.

La función médica es trabajar en prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, contribuyendo a la salud de las poblaciones y de los individuos. De ahí que es parte de la función del Sindicato Médico del Uruguay colaborar con la gestión de políticas públicas en salud.

La problemática del consumo de drogas es un asunto de salud pública y, por lo tanto, el diseño de las políticas para su control y tratamiento debe priorizar dicho enfoque, aunque reconocemos que el abordaje efectivo de este tema requiere acciones que van más allá del sector salud y del sector político e involucran a la sociedad en su totalidad.

Es de fundamental importancia contribuir al debate en temas de salud y que este sea ampliamente participativo para que se genere un conocimiento que redunde en beneficio de todos.

El cannabis es la droga ilegal más consumida y sobre la que existe la menor percepción de riesgo. A nuestro juicio, las políticas de prevención deben trabajar tanto sobre factores de riesgo como sobre los de protección. No hay una evidencia científica que determine que con una mayor accesibilidad a la marihuana se reduzca el consumo de pasta base, de cocaína u otras drogas. Sabemos que se usa, pero a nosotros nos importa la evidencia científica.

Todo consumo problemático implica daño a la salud. A su vez, el consumo continuado de marihuana puede llevar al abuso y a la dependencia.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera hacer una pregunta sobre ese punto en particular.

¿Usted se refiere al efecto denominado "góndola" o a la utilización en un tratamiento terapéutico de consumo de pasta base?

SEÑORA GALZERANO.- Esto lo digo desde la clínica: a priori, el que va a buscar marihuana no consume pasta base. De cualquier manera, a veces, cuando no hay marihuana, empiezan a consumir otras drogas; los que fuman, sobre todo, buscan cosas fumables

No quiere decir que el que empieza con marihuana vaya a pasar a pasta base; ese era un concepto antiguo y sabemos que no es así. A lo que nos referimos es que en algunos lugares se ha usado la marihuana como tratamiento para las adicciones a la pasta base.

Quiero señalar a los legisladores que en esta Comisión del Sindicato lo que hicimos junto a representantes de muchas instituciones fue ver cómo podíamos aportar sin catalogar, pero remarcando algunas cosas.

El inicio precoz del consumo de cannabis aumenta el riesgo de consumo problemático y puede dar alteraciones tanto en la esfera cognitiva como en la psicológica y social. No hay suficientes ensayos clínicos que demuestren que los beneficios medicinales del cannabis sean mayores que sus riesgos, pero tampoco podemos descalificarla como medicina en caso de que otras indicaciones terapéuticas hayan fracasado. Hacemos la salvedad de que acá no hay formulaciones terapéuticas de marihuana como en otros países, en los que el uso medicinal es a través de comprimidos.

La coexistencia de los trastornos psiquiátricos y la patología dual, influye en la presentación en la permanencia en el tratamiento y en la evolución de los pacientes consumidores de sustancias, incluido el cannabis. Desarrollar una política racional y a su vez efectiva sobre el cannabis, es un desafío; desde la perspectiva de la salud pública, esta debe ser tal que permita alcanzar los beneficios de minimizar el daño causado por el consumo de drogas legales e ilegales al tiempo de reducir los costos sociales de las políticas prohibicionistas.

El Sindicato Médico y las sociedades científicas que han participado en la elaboración del documento - Suamoc, Supia, Audepp, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Sociedad de Psicología Médica, Sociedad de Psiquiatría Biológica, Facultad de Medicina, Cátedra de Farmacología, el doctor Bianco de la Comisión del Sindicato Médico, y nosotros, del Comité Ejecutivo del Sindicato- nos pusimos a disposición de ustedes y de la población en general para discutir este tema. Lo que hemos planteado es un resumen del documento que les entregamos.

Quisiéramos decirles que hemos visto un cambio beneficioso entre el proyecto de ley que nos enviaron y lo que teníamos de agosto de 2012. Este es mucho más amplio y tuvo en cuenta más cosas. De todos modos, queremos remarcar algunas cosas que nos parecen importantes.

Si bien se hace mención a la prevención, nos parece que debería dársele mayor énfasis. En el proyecto de ley se comienza haciendo referencia a ella, así como también en el Capítulo III, artículo 21, literal B). Insistimos en que debería enfatizarse la prevención del inicio del consumo y el retardo de la edad de inicio -sería prevención primaria-, promover y ayudar a abandonar el consumo, de los que quieren -sería prevención secundaria- y tratamiento y rehabilitación del consumo problemático -prevención terciaria-, que es en lo que la gente más se enfoca. Nosotros creemos que se debe ver la prevención en todos sus aspectos.

Nos surge una duda con respecto al literal B) del artículo 3º. Quisiéramos saber cuál es la concentración máxima de tetrahidrocannabinol, de marihuana que se va a permitir. Preguntamos esto porque los efectos sobre la salud son diferentes de acuerdo a la cantidad. En algunos lugares se considera que más de quince es tóxico. No sé si no lo vimos o no está claro.

Queda claro que en los clubes de membresía la cantidad de marihuana es anual. Parecería que estas cosas no son tan importantes, pero consideramos que es bueno trasladárselas.

Se establecen 480 gramos para consumo familiar, pero no queda claro si es anual o mensual.

SEÑOR PRESIDENTE.- Anual.

SEÑORA GALZERANO.- También nos preocupa cómo quedan los menores de 18 años en estas circunstancias. En la clínica nosotros vemos que el consumo empieza antes de esa edad; entonces, entendemos que es una población vulnerable. Por eso planteamos como prevención retardar la edad de inicio. Esto no lo vemos reflejado en el proyecto de ley. Nosotros no entendemos de leyes, y quizás no se pone porque se establece para mayores de 18 años. ¿Cómo piensan los legisladores que puede ayudarse a que quienes quieran consumir lo hagan con responsabilidad? ¿Qué va a pasar con esos menores que irán a buscar la marihuana a un lugar ilícito?

SEÑOR PRESIDENTE.- La concentración es fundamental. Estamos de acuerdo con que es necesaria la regulación. El hecho de que el mercado sea ilegal imposibilita la regulación. Estamos en discusión con la Junta Nacional de Drogas para ver cuál sería la concentración indicada. Para el cannabis fumable se podría permitir un umbral, como en el caso de las bebidas alcohólicas.

Cuando se establecen cantidades, siempre son anuales, porque las cosechas se realizan una vez al año.

Las prohibiciones no solo abarcan a los menores, sino que son más generales. En la Comisión se está discutiendo cuál es el mejor mecanismo para incluir las prohibiciones. No solo deberíamos tener en cuenta a los menores o adolescentes, sino también el manejo de vehículos o maquinaría vial, así como todo lo que requiere de motricidad fina. Estamos discutiendo si es mejor incluirlo directamente en el articulado o como parte de la reglamentación. El espíritu de la Comisión es que el consumo y la compra estén prohibidos para los adolescentes, al igual que ocurre con las bebidas alcohólicas y con el tabaco.

SEÑOR RADÍO.- Me parece muy interesante el contexto que se plantea.

Creo que el consumo de sustancias no solo genera problemas de salud, pero son los fundamentales. También implica problemas en la seguridad pública.

Nosotros fuimos muy críticos -eso lo saben los compañeros del Frente Amplio- en cuanto a que este proyecto se planteara originalmente en un contexto de medidas de seguridad pública. Nos parecía que no era el adecuado. Hay una cuestión vinculada a la salud pública y también a los derechos; esos énfasis deberían traducirse en el texto.

Yo todavía no tengo posición definitiva con respecto al proyecto, estoy pensando, pero me parece que la dependencia que se establece en el artículo 3º -digo esto por primera vez- tendría que ser del Ministerio de

Salud Pública y no del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca. Expreso esto para que conste en la versión taquigráfica. Creo que este es un tema que divide aguas.

Más allá de que a texto expreso se establezca que hay que tomar medidas vinculadas al tratamiento o prevención, me parece que posiciona con otra cabeza, por ejemplo, con respecto a la promoción de salud que deberá haber después, en la medida en que la salud es el centro de gravedad de esto.

Entiendo que algunas de las prohibiciones, como la situación de los menores, deben establecerse a texto expreso.

SEÑOR ORRICO.- Agradezco enormemente la presencia de los invitados.

Quiero puntualizar algo que el doctor Bianco conoce muy bien. Yo estoy vinculado a la medicina desde hace muchos años, de manera que prejuicios no tengo ninguno.

Creo que este es un problema multidisciplinario y hay un enfoque penal sobre esto. Quienes somos abogados pensamos que una de las formas de luchar contra la mafia es esta. No quiero discutir sobre esto; quiero explicar el punto de vista. Cuando se hizo la ley seca en Estados Unidos terminaron creando mafias.

Ya han venido muchas organizaciones a esta Comisión a plantear sus puntos de vista. Empezamos a trabajar sobre este tema hace ya algún tiempo, en una Comisión Investigadora sobre adicciones problemáticas. El consumo viene aumentando en forma permanente y probablemente haya cifras ocultas, porque es muy difícil establecer cifras exactas en algo que es clandestino.

Recién se habló de las personas adolescentes a quienes, en principio, este proyecto no permite el consumo. Por lo tanto me gustaría saber, de acuerdo con la visión de quienes nos visitan, si es que tienen los datos -a veces los datos no se tienen porque investigar sale muy caro-, si el porcentaje de menores de 18 años es realmente relevante en la cifra total de consumidores a tal punto de justificar que siga existiendo un mercado clandestino. No sé si me pueden contestar esto. No obstante, me parece una pregunta clave, porque esto está previsto para los mayores de 18 años y tenemos que saber qué hacemos con los menores.

SEÑOR SANDER.- Estos temas me preocupan porque tengo hijos menores. Además, a raíz de la creación de esta Comisión, que fue en el año 2010, conocimos los problemas de mucha gente con hijos dependientes.

Por lo que he visto y leído, el problema del consumo en los jóvenes, por lo menos en el departamento de Rivera, arranca entre los 13 y los 14 años. En algún material que leí dice que el 60% de los consumidores de marihuana arranca entre los 13 y los 16 años.

En ese sentido, me gustaría saber si en Uruguay hay información desde el punto de vista médico, de la gente que va a las policlínicas.

SEÑOR AMARILLA.- La información que la delegación nos ha hecho llegar va a ser muy importante para el análisis y la discusión del proyecto de ley.

Me gustaría hacer algunas consultas.

Se dijo que las políticas de prevención no han dado resultados. En ese sentido, quisiera que se profundizara sobre por qué las políticas de prevención no han sido del todo eficientes.

Con respecto a los menores, quisiera saber cuál sería la sugerencia en cuanto a cómo reglamentar este aspecto. Me pregunto si habría que penalizar a los padres o a los mayores que provean sustancias a los menores, incluso dentro del hogar.

(Interrupciones de varios señores Representantes)

SEÑOR BIANCO.- Con respecto a la incidencia, es decir nuevos casos por año, puedo decir que 8.500 personas se inician cada año y la mitad tienen entre 15 y 17 años. Además, el 42% de los estudiantes probaron antes de los 15 años. Es decir que hay un problema de consumo a nivel de los jóvenes que tenemos que ver.

Una de las cosas que me parecen importantes es que si queremos llegar a los menores tenemos que tener una coherencia entre lo que hacemos con el alcohol, con el tabaco y con este tema. No es legal fumar o tomar alcohol con menos de 18 años, pero la mayoría de los jóvenes lo hacen. El tema es cómo hacemos para disminuir ese consumo. En ese sentido, lo que la experiencia del tabaco nos ha dado es lo que se llama "mercado pasivo", que es a lo que se tiende. No es ilegal; el consumo es legal, pero el Estado hace el mayor esfuerzo posible para desestimular el consumo. Es hacia ahí donde vamos en tabaco y es hacia ahí donde esperamos que el Estado vaya en alcohol. Según los datos de la Junta Nacional de Drogas ese es el objetivo.

Es decir que en lo personal nos gustaría que existiera coherencia entre esas políticas.

SEÑORA GALZERANO.- En la práctica de la clínica constatamos que cada vez más adolescentes empiezan a consumir antes. Estamos hablando de 12 o 13 años. Cuando hablamos de consumo, no siempre se trata de consumo problemático, porque hay distintos tipos de consumo. Es decir que no todos los adolescentes que consumen tienen problemas, aunque sí empiezan antes.

¿Cuál es la solución que damos nosotros para los adolescentes? No lo sé. Sin duda una parte de la solución debe pasar por responsabilizar a los padres. La adicción es un fenómeno multifactorial. Que una persona consuma marihuana no quiere decir que sea adicta. Es un tema difícil.

Actualmente, las políticas de prevención tienen que ver con la información y no han dado mucho resultado. Creo que las políticas de prevención tienen que cambiar porque en general el adolescente no cree en la información que viene de otro lado. También tenemos que cambiar lo que tiene que ver con la familia. Por eso hay que apoyar las políticas que protegen y ver cuáles son las que no lo hacen. Muchas de las personas que tienen problemas de adicción no tienen diálogo ni apoyo. Aclaro que me refiero a consumidores problemáticos. Quizás en las casas se está hablando un poco más de este tema porque sale en la televisión, pero a los padres les faltan elementos y lo único que atinan a decir es que la marihuana es mala. Sin embargo, hay otros problemas que inciden. Cuando un papá que no sabe del tema encuentra un cigarrillo de marihuana viene a la consulta pensando que se le acabó el mundo, y al analizar el caso vemos que hay otros problemas.

Por lo tanto, en prevención hay que hacer cosas más concretas. Las charlas son para los profesionales y las personas adultas; en el caso de los adolescentes hay que pensar con otra cabeza.

SEÑOR BIBBÓ.- A propósito de los niños y adolescentes, puedo decir que hay elementos cuantitativos que fueron expuestos y, además, la Junta Nacional de Drogas publica datos sobre el inicio del consumo que son bastante precisos.

Evidentemente, no podemos aportar una idea acabada y una solución para el tema, aunque el doctor Bianco esbozó una propuesta que hemos discutido. No obstante, nos parece importante remarcar que, más allá de los números y qué incidencia numérica existe, hay un aspecto que es médico que tiene que ver con que cuando el consumo se inicia en forma precoz, es más nocivo. El desarrollo neuropsíquico termina a los 25 años y cuando hablamos de leyes pensamos en los 18 años, pero tenemos que pensar que luego, en los adultos consumidores, legales, esto también tendrá incidencia.

Se sabe que el inicio precoz de consumo aumenta el riesgo de consumo problemático e incide en el rendimiento escolar. Está absolutamente probada la incidencia del consumo en los aspectos cognitivos y afectivos.

En los casos seleccionados -que son pocos, pero no por pocos dejan de tener importancia- en que hay una predisposición hacia la psicosis, los psiquiatras hemos visto el despertar, el activar un proceso esquizofrénico que sin el consumo podría haberse iniciado más tarde, con una evolución mejor. No estamos diciendo que aumente el número de esquizofrenias; estamos diciendo que cuando hay una predisposición se puede activar un proceso que, quizá, no se hubiese activado o se hubiese activado más tarde con un mejor pronóstico.

Cuando la esquizofrenia se inicia más precozmente el deterioro es mayor y las dificultades para la rehabilitación también lo son.

Entonces, el tema del consumo en menores no puede estar ausente en la ley. No tenemos la solución pero, evidentemente, hay que hincarle el diente a ese punto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Gracias, doctor Bibbó.

Agradecemos la presencia de integrantes del Sindicato Médico del Uruguay.

(Se retira de Sala la delegación del Sindicato Médico del Uruguay)

(Ingresa a Sala el doctor Gustavo Tamosiunas, representante de la Cátedra de Farmacología de la Universidad de la República)

—Damos la bienvenida al doctor Gustavo Tamosiunas.

Si no me equivoco, no es la primera vez que nos visita. Ahora, estamos tratando las modificaciones al proyecto de ley sobre regulación del mercado de cannabis, enviado por el Poder Ejecutivo.

Al respecto, nos gustaría escuchar sus comentarios, sugerencias y apreciaciones.

SEÑOR TAMOSIUNAS.- Agradezco la invitación para venir a expresar algunos comentarios con respecto a este tema.

Como ya se dijo, el año pasado estuvimos en la Comisión considerando el proyecto anterior conjuntamente con Psiquiatría y Toxicología. Además, también participamos en la Comisión del Sindicato Médico del Uruguay así que, probablemente, muchos comentarios ya fueron realizados, por lo que voy a tratar de ser concreto.

A nosotros nos parece que este nuevo proyecto tiene modificaciones importantes con comparación con el anterior, fundamentalmente, en lo que tiene relación con el objetivo, con cómo está encarado con respecto a la salud pública, con los cuidados de la salud, a lo que no se hacía tanta referencia en el proyecto anterior.

Quería expresar dos o tres puntos.

Primero, en cuanto al uso de cannabis ha habido como una brecha que cada vez parece abrirse más. Por un lado, parece que el consumo de marihuana es importante y cada vez mayor, por las estadísticas que hemos visto y porque en nuestro país es la droga ilegal más consumida. Paralelamente a eso, en forma divergente, cada vez hay mayor cantidad de información científica con relación a los efectos que tiene esta sustancia.

Seguramente, esta conversación hace cincuenta años hubiera sido distinta a la que podemos tener hoy.

Este es un tema importante y parecería, por lo menos, que no estuviera demasiado contemplado, porque hay un uso muy importante concomitantemente -a pesar de que aparece la palabrita por allí- con una percepción del riesgo muy baja. Eso está en el proyecto, pero casi como a título de ponerlo porque tiene que constar por escrito.

Decía que hay una muy baja percepción de riesgo y por eso quizá se esté dando un alto consumo. Paralelamente, cada vez hay más evidencias de una cantidad de efectos. Ese es uno de los aspectos a los que nos queremos referir.

Está bien: hay que acompañar la realidad del consumo y del uso y ver cuál es la propuesta que, desde el punto de vista de salud pública, se puede dar para mejorar la promoción de salud de la población.

Un aspecto al que me quiero referir -según lo que conocemos del cannabis-, ya que otros factores vinculados al narcotráfico y al uso de otras drogas exceden lo que podemos conversar, es que el uso de cannabis no es, específicamente, un hábito de vida saludable; más allá de que se usa, más allá de su consumo, no es saludable

Por lo tanto, hay que implementar distintas medidas para controlarlo. Entre paréntesis, podría decir que este es un hábito de vida no saludable, junto con otros, como el consumo excesivo del alcohol, el tabaquismo, etcétera, o sea que no es algo aislado.

Con respecto a los efectos de la marihuana hay algo que ha ido modificándose mucho. La marihuana que se fumaba en los años sesenta era bastante diferente a la actual, principalmente por el porcentaje de cannabinoides. Hoy contamos con tecnología muy avanzada que permite que haya marihuana genéticamente modificada que lleva a que las concentraciones habituales de 2% o 3% de cannabinoides lleguen a 10%, 15%, 20% o más. Desde ese punto de vista, estamos hablando de otro tipo de sustancia.

Digo esto porque los efectos de la marihuana -como tantos fármacos- son dosis dependientes; a mayor dosis, mayores efectos, en cantidad y en calidad.

Se ha hablado mucho del impacto de la marihuana en la salud y todo lo que hay es sobre el contenido de tetrahidrocannabinol; con relación a todas las otras sustancias, se conoce mucho menos. Sabemos que el organismo elabora sustancia del tipo del tetrahidrocannabinol; nosotros fabricamos sustancias similares actuando por los mismos receptores. Eso ha llevado a que empecemos a conocer mucho más el impacto que puede tener fumar marihuana. Necesitamos de estos neurotransmisores con efecto símil marihuana para nuestra vida; los necesitamos. Fisiológicamente, el organismo los ha usado para modular prácticamente todas las funciones de nuestro cuerpo. Es decir que la estimulación de receptores cannabinoides o endocannabinoides es ubicua en todo el sistema nervioso central y fuera de él, y modula prácticamente todas las funciones. Recién estamos empezando a conocer esto.

Entonces, un primer punto es que existe un efecto que aparece siempre que se fuma, independientemente de otros que pueden o no aparecer en función de la sensibilidad y de la genética del individuo o del ambiente. Hay efectos agudos y crónicos -reversibles en su mayoría; otro no- que ocurren siempre; no se deben a ser más o menos sensible.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Eso significa que en algunas personas existe cierta predisposición genética a procesar diferente el consumo?

SEÑOR TAMOSIUNAS.- Eso todavía es una hipótesis pero cada vez parece más probable para el caso de los individuos que se hacen adictos. Ustedes saben que la dependencia a esta sustancia ha sido cuestionada porque el síndrome de abstinencia es muy leve, lo cual ha llevado a considerarla -entre comillas- una "droga blanda"; digo entre comillas, porque ahora esa concepción no se admite. De todos los que fuman son muy pocos los que persisten en esa conducta y tienen un uso problemático; en ese grupo están los genéticamente más sensibles porque, probablemente, hay un gen que no modifica adecuadamente nuestro sistema nervioso. Entonces, se postula que esa es una de las formas que el adicto encuentra para compensar un desequilibrio genético. Esa es una pequeña parte de la población y no se va a legislar para ella porque la legalización es para toda la población. El tema es que aun no tenemos predictores adecuados para saber quién, cuando comienza a fumar, va a ir para un lado u otro.

Todos los sujetos que fumen o que consuman por una torta van a sufrir efectos porque todos tienen los receptores que modulan funciones como el aprendizaje, la memoria, la atención, la inmunidad, la coordinación motora, el estado de ánimo, el funcionamiento del sistema cardiovascular, etcétera. No voy a referirme a todos esos efectos. Sin embargo, hago hincapié en los que normalmente no se mencionan. Habitualmente, se hace referencia a la relación con la psicosis o la esquizofrenia, por hipótesis que no están suficientemente establecidas.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Esa relación genética sería aplicable a otras drogas legales e ilegales?

SEÑOR TAMOSIUNAS.- Exacto.

Hoy sabemos que en el sistema nervioso central, los sistemas de recreación, placenteros y que llevan al reforzamiento, están vinculados a una sustancia, la dopamina y están ligados uniformemente al uso de alcohol, de tabaco, de marihuana o de cualquier otra droga o actividades. Por lo tanto, nos parece importante

definir qué se va a hacer desde el punto de vista de la política de salud, de la educación y de la seguridad vial, en relación a estos efectos que ocurren en todos los sujetos. No me refiero -como seguramente lo hicieron otros colegas- al riesgo de determinado psicopatología, sobre todo, en el inicio precoz. Con respecto al inicio se menciona algo en el proyecto pero es muy poco.

En relación a lo que señalaba, no advierto que haya en marcha políticas de salud a nivel del Ministerio de Salud Pública o en el sistema educativo, para educar y controlar los sujetos que puedan consumir esta sustancia y bajo sus efectos circular sin problema, sobre todo, con la baja percepción del riesgo que ello implica. Así como hoy a nivel social nos estábamos habituando a que si tomamos alcohol o psicofármacos no podemos manejar, tampoco se puede estar bajo los efectos de la marihuana. Desde el punto de vista farmacológico, la marihuana tiene características que son químicas que hacen que se acumule y persista mucho tiempo en el organismo. Por lo tanto, si uno fuma un cigarrillo y nada más, probablemente puedan no aparecer determinados efectos, pero cuando evaluamos coordinación, atención, etcétera, es una situación que merece una reflexión porque no es como el cigarrillo. En este caso, como no se puede fumar en lugares públicos, la gente se toma la media hora de recreo y sale a fumar, porque no puede seguir trabajando. Más allá de lo que habitualmente se conoce como la sensación de bienestar, de tranquilidad, de euforia, etcétera, están todos los otros efectos y es importante tomarlos en cuenta.

Nos parece fundamental que se haga énfasis en considerar de qué manera se puede controlar esta droga que es la principal de consumo ilegal. Pero requiere de un esfuerzo mancomunado de políticas de promoción que no están. En la Facultad de Medicina no hay políticas acerca de cómo educar en cuanto a los efectos; hay poca información en los programas de pregrado y posgrado.

Se trata de un esfuerzo que hay que hacer pero creo que debe hacerse con las características de responsabilidad que al día de hoy este tema merece.

Hace cuarenta o cincuenta años no sabíamos nada de todas estas cosas. La única discusión era: ¿qué problema hay que la gente pueda fumar y sentirse bien? Hoy que sabemos que hay algunas otras cosas más, nos parece que es importante ponernos a discutir cómo se va a legislar con los distintos participantes, ya sean de la educación, profesionales, sociólogos, y que haya un verdadero debate. Eso no ocurre en este momento. Este año tenemos más material que el año pasado, pero todavía no han aparecido discusiones al respecto. Participamos en algunos debates con invitados de otros países, que tienen la experiencia de la legalización. Todavía hay mucho prejuicio en cuanto a estar a favor o en contra de la marihuana. Acá no podemos estar en contra o a favor de una sustancia producida por nuestro organismo. El tema es que debemos tener cierta responsabilidad y analizar de qué manera se puede hacer para manejarla lo más adecuadamente posible.

Nosotros trabajamos en el uso adecuado de los medicamentos y debo decir que se usan mal. Los psicofármacos se usan mal y hay que trabajar al respecto. Pero tiene una determinada regulación; hay ciertas formas de cómo se venden las recetas; y sabemos que un paciente que está tomando una benzodiazepina no puede conducir máquinas, trabajar, etcétera. Esto no está resuelto en ese otro escenario en el que también vamos a estar con esas sustancias en exceso.

Hago hincapié en estas cosas, pero obviamente es un tema político; de otra forma, no estaríamos acá. Pero a veces uno lo ve más politizado que técnico. Estas son opiniones y está bien la reflexión. Cuando escucho que tiene que votarse dentro de determinado tiempo, a pesar de que todas estas cosas todavía no están consideradas y entre distintos profesionales no estamos de acuerdo, nos parece que hay que trabajar todavía mucho en relación a eso.

Yo sé que se está por poner en marcha la dosificación de marihuana en los conductores, pero hay que hacer toda una adaptación con respecto a eso. Por lo que he hablado con el sector de Primaria, no hay demasiadas cosas que se estén pensando como para ponerse a trabajar en la educación de los niños; tampoco en Secundaria ni en la Universidad

Además, en cuanto al medicamento, en que trabajamos con el Ministerio de Salud Pública a través de las distintas Comisiones, notamos que hay mucha dificultad para llevar adelante una cantidad de temas vinculados a la inspección, a los controles de calidad, al uso adecuado.

Como acá figura el Instituto Nacional del Cannabis, parece que es una gran estructura que tiene que estar muy bien pensada. Sin embargo, todavía no tenemos una agencia de medicamentos, como la FDA de Estados

Unidos. Es decir una agencia que evalúe adecuadamente los medicamentos que estamos utilizando. Pero vamos a ponernos a trabajar en el INCA que es algo que requiere de mucha reflexión para ver el alcance que tiene este tema.

SEÑOR SANDER.- Creo que debatir y poner sobre la mesa este tema es el camino correcto. El Sindicato Médico, con todas sus ramas, lo hace muy bien y hemos recibido importantes aportes. Eso es lo que tenemos que hacer con la sociedad: llevar este tema a la discusión y no imponerles fechas.

Estoy en contra de este proyecto; lo dije el año pasado, pero sigo participando porque pienso que el ámbito de discutir y mejorar las cosas es este.

Quiero hacer algunas preguntas.

Gente que entiende que estamos en el camino correcto nos aporta material. En ese sentido, en algunos Estados de Estados Unidos se ha legalizado la marihuana para uso medicinal. He leído que la FDA no ha aprobado medicamentos con esa droga. ¿Sabe algo al respecto? ¿Qué tan lejos estamos en Uruguay de empezar a trabajar en el laboratorio para saber más sobre este aspecto de la droga?

Me han causado impresión los dichos relacionados con que los daños al cerebro son permanentes, aun dejando de fumar. Este médico -que fue director del Hospital de Clínicas de San Pablo por doce años- nos decía que en realidad, fumando un cigarro de marihuana por semana, durante un año, el daño al cerebro es permanente, porque el "THC" provoca una confusión a los receptores neuronales dado que estos generan una sustancia, que es muy parecida a los cannabinoides, que se usa para sinapsis de las neuronas. Él decía que cuando se produce la poda neuronal, genera errores al cerebro y hace que se eliminen cosas buenas y se dejen cosas malas. Quiero saber si esto es así.

SEÑOR TAMOSIUNAS.- Con respecto a la primera pregunta, salvo que cambie la reglamentación de la FDA, es muy probable que nunca apruebe la marihuana. ¿Por qué? Porque la FDA aprueba medicamentos que tienen un principio activo; no puede aprobar una sustancia que tiene cuatrocientos o quinientos. Puede aprobar -y, de hecho, se ha hecho- algunos que tienen específicamente agonistas, o sea, estimuladores, de determinado receptor, pero no es lo mismo que la marihuana fumada, con las características que explicamos.

En cuanto a la marihuana medicina, podemos decir dos cosas. El año pasado, vino una abogada experta de Estados Unidos a la Universidad, y dio una charla sobre la legislación de allí. Todavía no se había votado lo que se aprobó después, en noviembre; o sea que era solamente marihuana medicinal. Las características eran complicadas. Nosotros debemos tener cuidado con que las realidades de otros países no se puedan extrapolar aquí, porque las formas de reglamentar son muy diferentes y muy estrictas.

Es muy poca la evidencia científica que hay con respecto al uso de marihuana medicinal. En determinados casos que tienen que ver con la relajación muscular, la analgesia o el apetito en pacientes terminales o con cáncer, se usa habitualmente como tercera o cuarta elección. No es de primera elección. No hay grandes estudios con respecto a eso. La evidencia es bastante contradictoria. O sea que desde el punto de vista de la marihuana medicinal hay muy poco demostrado como para decir que podemos usar esto para desarrollar lo medicinal. Probablemente, lo que ocurre es que, por la cantidad de principios que tiene la marihuana, se equilibran los distintos efectos que tiene en el organismo. Sin embargo, algunos principios activos sintéticos que se han desarrollado y puesto en el mercado tampoco han sido espectaculares. Se habla de la analgesia de la marihuana, pero no ha sido tan espectacular como para desplazar los analgésicos que tenemos. Puede servir como coadyuvante, sobre todo por el efecto relajante y euforizante que puede producir

Probablemente se pueda investigar en ese campo.

Con respecto al daño permanente, es probable que pueda existir en algunas situaciones. No está totalmente demostrado. Eso lleva a que -por lo de la poda a que se hizo referencia-, en este caso, es mucho más importante todavía que no se pueda consumir con menos de dieciocho años y quizás tampoco con algún año más. Eso tampoco aparece en el proyecto. Se habla de la importancia de discutir el inicio, pero hay que hacerlo. De aprobarse el proyecto así como está, tendríamos que ponernos a discutir con la gente más idónea en el tema.

Sabemos que el alcohol no se puede vender a los muchachos y los gurises lo compran y lo toman por todos lados. Tenemos dificultades para llevar adelante un control. Tampoco controlamos adecuadamente el uso de psicofármacos y nos vamos a poner sobre la espalda la marihuana, que tampoco sabemos bien cómo vamos a controlarla. Cada vez tenemos más evidencias de los efectos que tiene y, por eso, hay que caminar con cuidado y seriamente. Hay que formar grupos de trabajo muy grandes para eso. Repito que esto no significa estar en contra porque, por otra parte, la marihuana se ha fumado desde tiempos inmemoriales. Esto no es un juicio de valor sobre los que fuman o sobre la marihuana sino sobre este tipo de proyectos en los que me parece que hay que trabajar mucho.

Las características farmacocinéticas del producto -esto es, cómo se absorbe, cómo se elimina, cómo se acumula en el organismo- hacen que un sujeto que fuma un cigarrillo tenga los primeros efectos a los pocos minutos, pero permanecen luego de horas y horas. Pasan días y está acumulado en el organismo; de repente no tiene mayores efectos, pero está acumulado ahí. El hecho de seguir usando la sustancia va a provocar cambios. Eso se llama neuroadaptación: provoca cierto efecto sobre el sistema nervioso, que es de gran importancia sobre todo en los muchachos de entre dieciocho y veinte años, en los que se está generando una cantidad de cambios. Probablemente, esta sea una etapa importante para no permitir el consumo.

Esto de que se legaliza va a ser con cierto cuidado. Si se permite un uso responsable, no podrá ser a determinadas edades. También habrá que tener cuidado con el consumo de mujeres en edad genital activa, porque puede haber ciertos problemas durante el embarazo. Se me podrá decir que hay mujeres embarazadas que fuman y toman. Por suerte, son cada vez menos, y se está generando conciencia a ese respecto. Tendríamos que generar la conciencia vinculada a este tipo de cosas, mucho más si están trabajando, por todos los efectos que produce.

Entonces, cuando uno se pone a mirar esta cantidad de cosas y las dificultades que tenemos para controlar el uso de medicamentos y para mejorar el registro, se da cuenta de que se va a requerir unos insumos, una infraestructura y una formación muy importantes. No es cuestión de largar el proyecto, porque nos tenemos que dar tiempo para generar esas estructuras que permitan educar adecuadamente a la población; los profesionales deben ponerse de acuerdo para ver de qué manera hacer eso y cómo captar a las personas que han fumado y, por ejemplo, conducen, etcétera. No es como el 24 de agosto, que están todos los inspectores para ver si los conductores tomaron alcohol. En este caso habrá que estar en todos lados. Hay algo muy cierto: cada vez se huele más en la calle.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero hacer una aclaración que también hicimos ante una delegación anterior en cuanto a cuál va a ser el mejor mecanismo para establecer las prohibiciones.

Actualmente existen prohibiciones para los adolescentes en materia de consumo de tabaco y alcohol. Probablemente este organismo de contralor deba tener alguna capacidad de acción en relación con estas cuestiones, más allá de lo que está a cargo, por ejemplo, del INAU. En el mismo sentido, lo que queremos hacer en el futuro en cuanto al alcohol es fortalecer los mecanismos de control para que la normativa se cumpla.

Actualmente, el consumo personal de cannabis es una actividad legal no regulada. Si una persona fuma un cigarrillo de marihuana en un local público cerrado, no estaría infringiendo ninguna ley porque la regulación habla del humo de tabaco. Queremos cambiar ese tipo de cosas.

Del mismo modo se procede con una persona que conduce un vehículo, porque controlamos -con todas las carencias que puede haber- que no haya consumido alcohol, pero no que no haya consumido cocaína, cannabis o fármacos. En este sentido, esto implica una mejora no solo en la parte legislativa, sino también en la técnica del control propiamente dicho. Algunos de nosotros participamos de encuentros en los que se planteó que esa tecnología existe en los países europeos.

Esto tendrá el correlato correspondiente en el proyecto; forma parte de la discusión que estamos dando y hace al perfeccionamiento del texto. Hay que considerar que, como bancada, nos hemos dado un plazo, pero no partimos de cero, porque hace bastante que estamos discutiendo este proyecto en el ámbito político.

Le agradecemos mucho al doctor Tamosiunas su presencia en la Comisión. Oportunamente le haremos llegar el texto modificado.

Se levanta la reunión.